

ιατρικά ανάλεκτα

Τόμος Δ' Τεύχος 6 Απρίλιος - Ιούνιος 2017



Αφιέρωμα στην παιδοχειρουργική

ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ



ISSN 1790-4045
Τριμηνιαία Έκδοση των Νοσοκομείων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ

Διανέμεται δωρεάν

ιατρικά ανάλεκτα

ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ



Τριμηνιαία έκδοση των ΥΓΕΙΑ, ΜΗΤΕΡΑ, ΛΗΤΩ
και HYGEIA HOSPITAL TIRANA του Ομίλου ΥΓΕΙΑ
ISSN 1790-4045

Επιτροπή Σύνταξης

Κωστής Γεωργιλής

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος,

Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ

Ελπίδοφόρος Δουράτσος

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος,

Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου του ΛΗΤΩ

Γεώργιος Καλλιπολίτης

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος,

Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου του ΜΗΤΕΡΑ

Βασίλειος Πρασόπουλος

Πυρηνικός Ιατρός, Πρόεδρος

Επιστημονική Ένωσης Ιατρών ΥΓΕΙΑ

Ελευθερία Κρικέλη

Παθολόγος, Διευθύντρια

Α' Παθολογικής Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

Μένι Σακλαμάκη - Κοιτού

Νεογνολόγος Παιδίατρος, Διευθύντρια Μονάδας

Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών ΜΗΤΕΡΑ

Διευθυντής Σύνταξης

Ιωάννης Αποστολάκης

Παθολόγος,

Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ

(i.apostolakis@hygeia.gr)

Βοηθοί Διευθυντή Σύνταξης

Ιωάννης Πατούλης

Χειρουργός του ΥΓΕΙΑ

(ipatoulis@hygeia.gr)

Εμμανουήλ Δ. Παπαδάκης

Ειδικός Παθολόγος του ΥΓΕΙΑ

(e.papadakis@hygeia.gr)

Δημοσιογραφική Επιμέλεια

Μαριλένα Καραμήτρου

Δημοσιογράφος,

Υπεύθυνη Γραφείου Τύπου Ομίλου ΥΓΕΙΑ

(m.karamitrou@hygeia.gr, τηλ.: 210 6867044)

www.hygeia.gr, www.mitera.gr, www.letto.gr

Εκδότης

Media2day Εκδοτική Α.Ε.

Υπεύθυνος

Χρήστος Ζαρίφης (zarifis@media2day.gr)

Δημιουργικό

Τάσος Λοβέρδος, Άντζελα Σοφιανοπούλου

Επιμέλεια Ύλης

Χρήστος Γαδ

Παραγωγή

MEDIA2DAY ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε.

Παπανικολή 50, Χαλάνδρι 15232

Τηλ.: 210 6856120 | fax: 210 6843704

Άρθρα

276

Ογκεκτομή σε WILMS' V
(αμφοτερόπλευρο νεφροβλάστωμα)
επί πεταλοειδούς νεφρού με ετερόπλευρο
τριπλό πυλεοκαλυκτικό σύστημα
Γιώργος Σπυρίδης, Παναγιώτης Καραμαρίτης,
Νικολέττα Γκαβέρα

279

Αιματική κύστη της πρόσθιας γλωκίνας
της μιτροειδούς βαλβίδας που προκαλεί
ανεπάρκεια της μιτροειδούς
Παναγιώτης Γ. Σφυρίδης,
Αυξέντιος Καλαγκός

282

Ευμέγεθες αμάρτωμα θωρακικού
τοιχώματος σε νεογνό
Στυλιανός Υψηλάντης, Εύη Βασιλειάδου,
Γεωργία Παπαϊωάννου

284

Ατρπσία οισοφάγου χωρίς συρίγγιο -
Χειρουργική αποκατάσταση και σύγκριση
χειρουργικών τεχνικών
Νικολέττα Γκαβέρα, Τριαντάφυλλος Φωκαεύς

287

Ξένα σώματα στο λάρυγγα και την τραχεία:
πώς αντιμετωπίζονται στο παιδί
Μηνάς Ν. Αρτόπουλος

289

Καθυστερημένη εμφάνιση συγγενούς
οπισθοπλεγιάς διαφραγματοκήλης
Στυλιανός Υψηλάντης, Εύη Βασιλειάδου,
Ευαγγελία Γκάρου, Νικολέττα Γκαβέρα

292

Κοιλιακή ψευδοκύστη σε παιδί
με κοιλιο-περιτοναϊκή βαλβίδα
υδροκεφάλου
Παναγιώτης Κόκκαλης, Χρήστος Χαμηλός,
Σπυρίδων Σγούρος

295

Κύστεις μεσεντερίου
Γιώργος Σπυρίδης,
Παναγιώτης Καραμαρίτης,
Νικολέττα Γκαβέρα

297

Η χειρουργική αντιμετώπιση
της οξείας ωτικής φλεγμονής στα παιδιά
Ιάκωβος Γ. Πετμεζάκης,
Κωνσταντίνος Ν. Παπακώστας,
Πέτρος Β. Βλασταράκος

300

Μερική Σπλινεκτομή σε κύστη σπλνός
Γιώργος Σπυρίδης,
Παναγιώτης Καραμαρίτης,
Νικολέττα Γκαβέρα

302

Μυοεπιθηλιακός όγκος μαλακών μοριών
Εύη Βασιλειάδου, Αδάμος Σάββα

304

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένα
στα παιδιά
Μηνάς Ν. Αρτόπουλος

306

Η άκαμπτη οισοφαγοσκόπηση ως μέθοδος
αντιμετώπισης οξέων αποφράξεων του
ανώτερου πεπτικού στα παιδιά
Πέτρος Β. Βλασταράκος

308

Οξεία πρωτοπαθής οστεομυελίτιδα άπω
μηνιαίας επίφυσης με συνοδό σπηκτική
αρθρίτιδα γόνατος
Ευστάθιος Μπάλλας,
Ίρις-Χριστίνα Σκούρα

311

Πολύποδος κοληδόχου κύστης
στα παιδιά: μια εξαιρετικά σπάνια
νοσολογική οντότητα
Εύη Βασιλειάδου

314

Σύνδρομο Rapunzel: σπάνια επιπλοκή
τριχοτιλλομανίας
Στυλιανός Υψηλάντης, Εύη Βασιλειάδου,
Αίγλη Ζέλλου

317

Ομίλος ΥΓΕΙΑ - Συνέδρια
Η επιστημονική δραστηριότητα Απριλίου -
Ιουνίου 2017 και οι επόμενες εκδηλώσεις

Γράμμα από τη σύνταξη

Οι πρόοδοι των διαγνωστικών δυνατοτήτων, οι τεχνολογικές και τεχνικές εξελίξεις, η σωρευθείσα πείρα και η εξειδίκευση έχουν προσδώσει στην παιδοχειρουργική σημαντική θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Στα παιδοχειρουργικά τμήματα του ΜΗΤΕΡΑ προσφέρεται υψηλής ποιότητας, ασφαλές και αποτελεσματικό, διαγνωστικό και χειρουργικό έργο. Μέρος αυτού του έργου αναδεικνύεται με τα άρθρα του παρόντος τεύχους των «Ιατρικών Αναλέκτων». Πρόκειται για εύληπτη και περιεκτική παρουσίαση ιδιαίτερων περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στο ΜΗΤΕΡΑ και έδωσαν την ευκαιρία αναφοράς στις σύγχρονες μεθόδους και τεχνικές στις διάφορες ειδικότητες της χειρουργικής των παιδών.

Τη διάρθρωση και τον συντονισμό για την ανάπτυξη του τεύχους είχε αναλάβει ο διευθυντής της Β' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παιδών ΜΗΤΕΡΑ, παιδοχειρουργός Στυλιανός Ψηλάντης, τον οποίο και από τη θέση αυτή ευχαριστούμε.

Ιωάννης Αποστολάκης

Οδηγίες προς τους συγγραφείς

Τα ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΝΑΛΕΚΤΑ είναι τριμηνιαίο περιοδικό γενικής ύλης και απευθύνεται στους γιατρούς κάθε ειδικότητας. Δεκτά για δημοσίευση είναι άρθρα γραμμένα από γιατρούς των Νοσοκομείων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ και από επιστήμονες συναφών επαγγελμάτων. Τα άρθρα πρέπει να έχουν επίκαιρο επιστημονικό ενδιαφέρον, να είναι βιβλιογραφικά πλήρως τεκμηριωμένα, σύντομα, μέχρι 1.200 λέξεις, γραμμένα με σαφήνεια, κατανοητά από γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, όχι μόνο από τους ειδικούς επί του θέματος που πραγματεύονται. Κύριο κορμό του περιοδικού αποτελούν οι ανακοινώσεις περιπτώσεων, οι σύντομες ανασκοπήσεις, τα επίκαιρα θέματα. Δεκτές, επίσης, διδακτικές απεικονίσεις, κουίζ, δοκιμασίες αυτοελέγχου. Για τη μορφή του άρθρου και την αναγραφή της βιβλιογραφίας παρακαλούνται οι συγγραφείς να συμβουλευούνται προηγούμενα τεύχη του περιοδικού. Όλα τα άρθρα ελέγχονται από συντακτική επιτροπή, η οποία κρίνει αν το άρθρο είναι κατάλληλο προς δημοσίευση ως έχει ή ύστερα από υποδεικνυόμενες τροποποιήσεις. Μετά την έγκριση της συντακτικής επιτροπής, το άρθρο υπόκειται σε συντακτικές και γραμματικές διορθώσεις, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν και περικοπές φράσεων ή ολόκληρων παραγράφων, ώστε να γίνει περισσότερο περιεκτικό και εύληπτο.

Ογκεκτομή σε WILMS' V (αμφοτερόπλευρο νεφροβλάστωμα) επί πεταλοειδούς νεφρού με ετερόπλευρο τριπλό πυελοκαλυκικό σύστημα

Γιώργος Σπυρίδης

Παιδοχειρουργός, Διευθυντής Κλινικής Παιδοχειρουργικής Ογκολογίας Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
gspyridis@hotmail.com

Παναγιώτης Καραμαρίτης

Παιδοχειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
pkaramaritis@hotmail.com

Νικολέττα Γκαβέρα

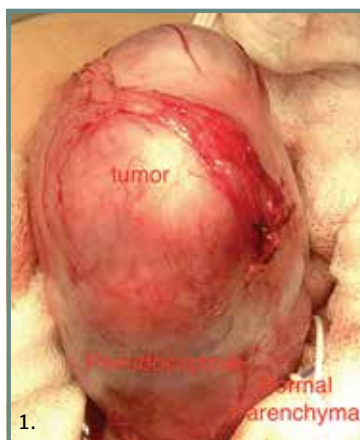
Παιδοχειρουργός, Επιμελήτρια Κλινικής Παιδοχειρουργικής Ογκολογίας Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
nikoletta.gkavera@gmail.com

Οι επεμβάσεις τύπου nephron sparing (διατήρηση νεφρικού παρεγχύματος) κερδίζουν συνεχώς έδαφος στην αντιμετώπιση περιστατικών αμφοτερόπλευρου νεφροβλαστώματος (Wilms' V) ή ετερόπλευρου νεφροβλαστώματος (Wilms') επί πεταλοειδούς νεφρού, σε σημείο να έχουν πλέον ενσωματωθεί στα σχετικά πρωτόκολλα.

Υλικό - Μέθοδος

Θήλυ 27 μηνών διεγνώσθη με αμφοτερόπλευρη μάζα νεφρών. Σε MRI περιγράφονταν πεταλοειδής νεφρός και: α) αριστερά μάζα που καταλάμβανε τον άνω πόλο έως και τη μεσότητα του νεφρού πιέζοντας το σύστημα πυελοκαλυκικό σύστημα, και β) ευμεγέθης μάζα δεξιά, στη μεσότητα του νεφρού, που πρόβαλλε εξολοκλήρου στη σύστοιχη πύλη του νεφρού.

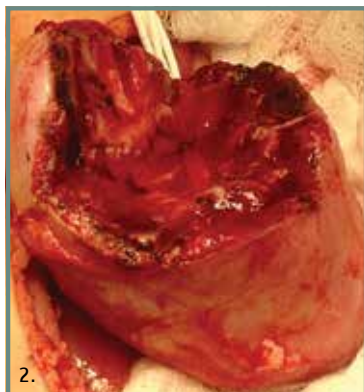
Η ασθενής έλαβε έξι κύκλους χημειοθεραπείας και ακολούθως υπεβλήθη με επιτυχία σε nephron sparing ογκεκτομή δεξιά με διατήρηση σε ποσοστό άνω του 90% του νεφρικού παρεγχύματος (εικόνες 1, 2, 3). Ακολούθως υπεβλήθη σε nephron sparing αριστερά, όπου διαπιστώ-



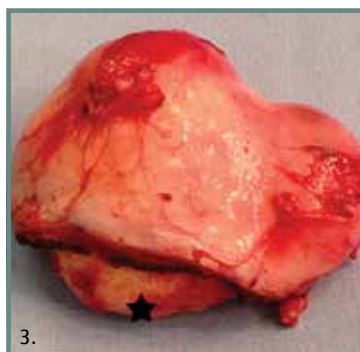
Εικ. 1. Δεξιά πλευρά πεταλοειδούς νεφρού με όγκο. Διακρίνεται η ψευδοκάψα που διαχωρίζει τον όγκο από το φυσιολογικό νεφρικό παρέγχυμα.

θηκε πως ο όγκος πρόβαλλε στη νεφρική πύλη μεταξύ τριών ξεχωριστών πυελοκαλυκικών συστημάτων (αριστερό, δεξιό και άνω), τα οποία και παρεκτόπιζε.

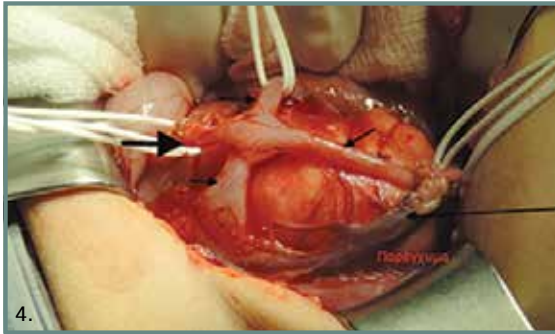
Οι δε ουρητήρες των τριών συστημάτων συνέρχονταν σε έναν, δίκην σταυρού, ακριβώς πρόσθια του προβάλλοντος όγκου (κατά Smith's) (εικόνες 4, 5). Κατά την επέμβαση διεσώθη επίσης άνω του 90% του παρεγχύματος (εικόνες 6, 7).



Εικ. 2. Δεξιά πλευρά πεταλοειδούς νεφρού μετά την ογκεκτομή.



Εικ. 3. Παρασκευή ογκεκτομής δεξιά. Σημειώνεται η ψευδοκάψα του όγκου στη θέση όπου εφαπτόταν με το πυελοκαλυκικό σύστημα.



Εικ. 4. Αριστερή πλευρά πεταλοειδούς νεφρού με τον όγκο. Με μακρύ βέλος σημειώνεται η νεφρική φλέβα. Με λεπτά βέλη σημειώνονται οι ουρητήρες των τριών πυλεοκαλυκικών συστημάτων (άνω, έσω, έξω). Με παχύ βέλος σημειώνεται ο κοινός ουρητήρας.

Αποτέλεσμα

Οι δείκτες νεφρικής λειτουργίας παρέμειναν εντός φυσιολογικών ορίων. Στη μετεγχειρητική περίοδο σημειώθηκε χαμηλής ροής διαφυγή ούρων δεξιά από την παροχέτευση renpose, για 48 ώρες, που όμως αυτοπεριορίστηκε, όπως συνήθως συμβαίνει.

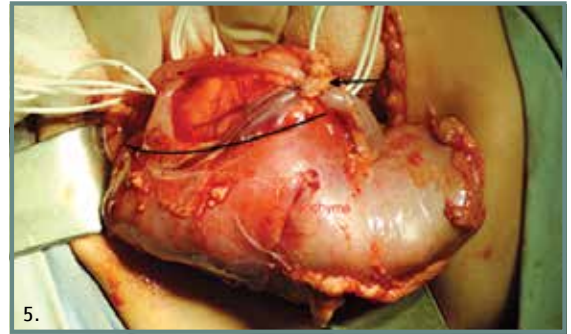
Συζήτηση

Η επιπρόσθετη πρόκληση που οι θεράποντες ογκολόγοι αντιμετωπίζουν σε περιστατικά Wilms' V είναι το υψηλό ποσοστό νεφρικής ανεπάρκειας. Ενώ στο ετερόπλευρο Wilms' δεν ξεπερνά το 0,25%, στο Wilms' V κυμαίνεται από 9,1% έως 18,9%. Αυτός είναι ο λόγος που η ογκεκτομή ενσωματώθηκε στις οδηγίες του National Wilms' Tumor Study Group (NWTSG) ήδη από το 1977. Η εμπειρία για αυτό το είδος χειρουργικής επέμβασης, που αποκαλείται Nephron Sparing Surgery (NSS), υπήρχε σε ενήλικες ασθενείς με Renal Cell Carcinoma (RCC) από τη δεκαετία του 1980, ώστε σήμερα να είναι θεραπεία πρωτοκόλλου σε περιπτώσεις όγκων <4 εκ., T1.

Πλέον, λοιπόν, συνιστάται προσπάθεια αμφοτερόπλευ-



Εικόνα 6. Παρασκευήσασμα μετά την αριστερή ογκεκτομή.



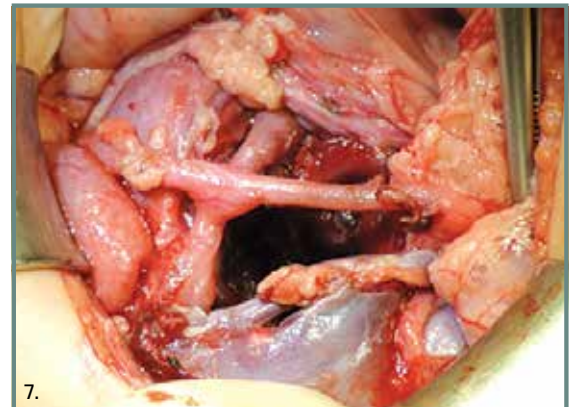
Εικ. 5. Αριστερή πλευρά πεταλοειδούς νεφρού με τον όγκο. Η μαύρη γραμμή σημειώνει το όριο μεταξύ όγκου και παρεγχύματος. Το βέλος σημειώνει τη θέση όπου η φλέβα προκαλεί μερική απόφραξη του ουρητήρα του άνω πυελοκαλυκικού συστήματος.

ρου NSS σε Wilms' V, όσο απογοητευτική κι αν είναι η απεικόνιση, καθώς το νεφροβλάστωμα είναι απωθητικός όγκος και όσο μεγάλου μεγέθους κι αν είναι το απεικονιστικά απολεπυσμένο, όπως φαίνεται στην απεικόνιση, νεφρικό παρέγχυμα, αν διατηρηθεί, θα έχει σαν αποτέλεσμα την 100% λειτουργία του νεφρού.

Το επιπλέον πλεονέκτημα της ψευδοκάψας του συμπιεσμένου νεφρικού παρέγχυματος συνήθως εξασφαλίζει αρνητικά μικροσκοπικά όρια. Ωστόσο, σε μελέτες έχει βρεθεί πως τα μικροσκοπικά όρια δεν επηρεάζουν την πρόγνωση, σε αντίθεση με την «κακή ιστολογία». Για αυτόν τον λόγο επί αναπλαστικής ή κατά το πλείστον βλαστοματικής ιστολογίας συνιστάται επανεπέμβαση και πλήρης νεφρεκτομή. Σε περιπτώσεις ευνοϊκής ιστολογίας, στις μεγαλύτερες σειρές, τα αποτελέσματα τόσο ως προς την πρόγνωση όσο και ως προς τη νεφρική λειτουργία, είναι άριστα.

Συμπέρασμα

Οι αμφοτερόπλευρες nephron sparing επεμβάσεις είναι ε-



Εικόνα 7. Αριστερή πλευρά μετά την ογκεκτομή.

φικτές ακόμη και όταν οι εντοπίσεις των όγκων αποτελούν
ακραία και σπάνια πρόκληση όπως στην περίπτωση μας.
Θα πρέπει μάλιστα, προκειμένου οι ασθενείς με Wilms'

V να αποφύγουν τη νεφρική ανεπάρκεια, με παράλληλο
βέλτιστο ογκολογικό αποτέλεσμα, να αποτελούν τη λύση
εκλογής.

Abstract

Spyridis G, Karamaritis P, Gavera N. **Bilateral Nephron Sparing Surgery in Wilms' V case on petaloid kidney with one side triple pelvicalyceal system.** *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 276-278

Wilms'V represents a little over 5% of total Wilms' Tumor (WT) cases. However they pose a great challenge for the treating team due to a number of different reasons, one of the most important being the very much increased, compared to unilateral WT, risk of renal failure. This is the reason why Nephron Sparing Surgery (NSS) gains in popularity and it is currently integrated in both SIOP as well as NWTSG protocols. We present a case of extreme rarity since on top of the, usual, surgical challenge of tumor size and position, we came across a rare anatomic condition. We successfully performed staged NSS on Wilms' V in a petaloid tumor with unilateral (left) triple pelvicalyceal system in the middle of which the left WT had grown, pushing on all three of the pelvicalyceal systems. A year post therapy patient maintains excellent renal function and is still free of disease.

Βιβλιογραφία

1. Ritchey ML, Green DM, Thomas PR, et al. *Renal failure in Wilms' tumor patients: A report from the National Wilms' Tumor Study Group.* *Med Pediatr Oncol.* 1996; 26: 75-80.
2. Davidoff AM, Dana WG, Jones DP, et al. *The Feasibility and Outcome of Nephron-sparing Surgery for Children With Bilateral Wilms Tumor.* *Cancer.* 2008; 112: 2060-2070.
3. Montgomery BT, Kelalis PP, Blute ML, et al. *Extended Follow up of Bilateral Wilms Tumor: Results of the National Wilms Tumor Study.* *J Urol* 1991; 146 (2): 514-518.
4. Horwitz JR, Ritchey ML, Moksness J, et al. *Renal salvage procedures in patients with synchronous bilateral Wilms' tumors: A report from the National Wilms' Tumor Study Group.* *J Pediatr Surg.* 1996; 31: 1020-1025.
5. Kubiak R, Gundeti M, Duffy PG, et al. *Renal function and outcome following salvage surgery for bilateral Wilms' tumor.* *J Pediatr Surg.* 2004; 39: 1667-1672.
6. Paulino AC, Wilimas J, Marina N, et al. *Local control in synchronous bilateral Wilms' tumor.* *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1996; 36: 541-548.
7. Dome JS, Cotton CA, Perlman EJ, et al. *Treatment of Anaplastic Histology Wilms' Tumor: Results From the Fifth National Wilms' Tumor Study.* *J Clin Oncol.* 2006; 24: 2352-2358.
8. Neu AM, Ho PL, McDonald RA, Warady BA. *Chronic dialysis in children and adolescents.* The 2001 NAPRTCS Annual Report. *Pediatr Nephrol.* 2002; 17: 656-663.
9. Kieran K, Williams MA, McGregor LM, et al. *Repeat nephron-sparing surgery for children with bilateral Wilms tumor.* *Pediatr Surg.* 2014; 49(1): 149-153.

Αιματική κύστη της πρόσθιας γλωκίνας της μιτροειδούς βαλβίδας που προκαλεί ανεπάρκεια της μιτροειδούς

Παναγιώτης Γ. Σφυρίδης

Καρδιοχειρουργός, Επιμελητής Τμήματος Καρδιοχειρουργικής & Συγγενών Καρδιοπαθειών Παιδών και Ενηλίκων ΜΗΤΕΡΑ
pgsfyridis@yahoo.gr

Αυξέντιος Καλαγκός

Καρδιοχειρουργός, Τακτικός Καθηγητής Παν/μίου Γενεύης,
Διευθυντής Τμήματος Καρδιοχειρουργικής & Συγγενών Καρδιοπαθειών Παιδών και Ενηλίκων ΜΗΤΕΡΑ
aKalangos@mitera.gr

Είναι γνωστό ότι οι πρωτογενείς καρδιακοί όγκοι σε παιδιά είναι σπάνιοι. Ακόμη πιο σπάνιοι είναι οι όγκοι των καρδιακών βαλβίδων σε παιδιά, η επίπτωση των οποίων είναι λιγότερο από 10% όλων των πρωτογενών καρδιακών όγκων συνολικά. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζουμε ασθενή 10 ετών με πρωταρχική διάγνωση όγκου της μιτροειδούς βαλβίδας, που τελικά τεκμηριώθηκε ως αγγειογενής αιματική κύστη και αντιμετωπίστηκε στο Νοσοκομείο μας.

Περιγραφή περίπτωσης

Τα περιεχειρητικά δεδομένα του ασθενούς ελήφθησαν από τη βάση δεδομένων του Νοσοκομείου μας. Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε σειρά ηχοκαρδιογραφικών ελέγχων στο πλαίσιο της παρακολούθησης του όγκου, ενώ προεχειρητικά διενεργήθηκε και μαγνητική αγγειογραφία καρδιάς (εικόνα 1). Πρόκειται για άρρενα ασθενή ηλικίας 10 ετών (BSA = 1,22 m²). Ο ασθενής ήταν ασυμπτωματικός και η διάγνωση έγινε σε ηλικία 2,5 ετών κατά τη διάρκεια νοσηλείας για νόσο Kawasaki.

Η απλή ακτινογραφία θώρακος ήταν φυσιολογική και το ΗΚΓ δεν είχε παθολογικά ευρήματα. Επίσης φυσιολογική ήταν και η αξονική τομογραφία εγκεφάλου. Η διάγνωση

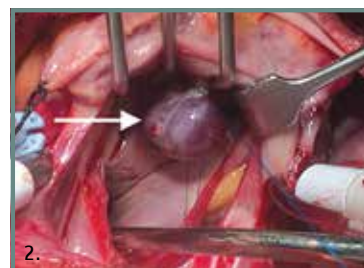
του όγκου της μιτροειδούς βαλβίδας τεκμηριώθηκε με ηχοκαρδιογράφημα. Η λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας ήταν πολύ καλή και το κλάσμα εξώθησής της 60% (LVEF=60%). Η μιτροειδής βαλβίδα παρουσίαζε μέτρια ανεπάρκεια (μικρός κεντρικός πίδακας με εύρος 20% της διαμέτρου του αριστερού κόλπου). Από την προεχειρητική διερεύνηση διαπιστώθηκε περιορισμός κίνησης (restricted leaflet motion) της πρόσθιας γλωκίνας (A2/A3) της μιτροειδούς βαλβίδας (type IIIa Carpentier) λόγω του όγκου, καθώς και πρόπτωση της οπίσθιας γλωκίνας (P2, type II Carpentier), με συνοδό μέτριου βαθμού ανεπάρκεια (+2/4). Οι αιμοκαλλιέργειες ήταν αρνητικές.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε καρδιοχειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του όγκου με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας και ήπια υποθερμία (ρινοφαρυγγική θερμοκρασία 34AC). Η προστασία του μυοκαρδίου εξασφαλίστηκε με χορήγηση ορθόδρομα ψυχρής κρυσταλλικής καρδιοπληγίας (Custodiol HTK). Ο χρόνος εξωσωματικής κυκλοφορίας ήταν 70 λεπτά και του αποκλεισμού της ανιούσας αορτής 52 λεπτά. Ο όγκος εντοπιζόταν στο χείλος της πρόσθιας επιφάνειας της μιτροειδούς βαλβίδας και ταυτόχρονα προσφύοταν στέρεα και στην κεφαλή επικουρικού θηλοειδούς μυός (accessory papillary muscle) εντός της αριστερής κοιλίας (εικόνα 2). Μετά την αφαίρεση του όγκου διενεργήθηκε πλαστική αποκατάσταση των γλωκίων της βαλβίδας και τοποθετήθηκε ειδικός δακτύλιος ενίσχυσης της επιδιορθωθείσας βαλβίδας (Edwards Physio



Εικ. 1. Η MRI καρδιάς αποκάλυψε σχετικά λεπτόμυχο υποστρώγυλο μórφωμα μεγίστης διαμέτρου 16 mm, που προσφύεται στην πρόσθια γλωκίνα της μιτροειδούς βαλβίδας (βέλος). Το μórφωμα παρουσιάζει υψηλή ένταση σήματος σε ακολουθίες T2 με καταστολή του σήματος του λίπους και

ενδιάμεση ένταση σήματος σε ακολουθίες T1, ενώ μετά την ενδοφλέβια χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας δεν παρουσιάζει σκιαγραφική ενίσχυση. Αυτό συνηγορεί υπέρ της πιθανής διάγνωσης του αιμαγγειώματος ή αιματικής κύστης.



Εικ. 2. Διεχειρητική άποψη του μórφωματος μετά τη διάνοιξη του αριστερού κόλπου της καρδιάς (βέλος). Διακρίνεται η πρόσφυση στον επικουρικό θηλοειδίμυ.

II Ring 5200, Size 24 mm). Η παθολογοανατομική εξέταση του μορφώματος τεκμηρίωσε αγγειογενή αιματική κύστη (angiogenic blood cyst).

Συζήτηση

Οι πρωτογενείς όγκοι των καρδιακών βαλβίδων, ιδιαίτερα στα παιδιά, είναι εξαιρετικά σπάνιοι και αποτελούν περίπου το 3,8% των πρωτογενών καρδιακών όγκων (0,7% των καρδιοχειρουργικών περιστατικών). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η πλειονότητα των όγκων των καρδιακών βαλβίδων είναι ασυμπτωματική, ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια. Τα τελευταία χρόνια η τελειοποίηση των διαγνωστικών μεθόδων και η συχνή χρήση της ηχοκαρδιογραφίας καθιστά τους όγκους αυτούς λιγότερο σπάνιους σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες, οπότε αποτελούσαν συνήθως ευρήματα νεκροτομικού υλικού.

Η κλινική εμφάνιση αυτών των όγκων καθορίζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η ταξινόμηση του όγκου, η εντόπιση, το μέγεθος, ο ρυθμός αύξησης και η τάση να δίνει έμβολα. Η συνήθης κλινική εμφάνιση είναι η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια που προκαλείται από απόφραξη της προσβληθείσας βαλβίδας, συμπτώματα από εμβολικά επεισόδια, εμμένων πυρετός, απώλεια βάρους ή κόπωση και ανοσολογικές εκδηλώσεις μυαλγίας, αδυναμίας και αρθραλγίας. Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια προκαλείται από δυσλειτουργία της ίδιας της βαλβίδας λόγω του όγκου, καθώς επίσης και από σοβαρή απόφραξη στη ροή του αίματος μέσα από τη βαλβίδα. Σε ασθενείς με πρωτογενείς όγκους των καρδιακών βαλβίδων έχουν αναφερθεί εμβολικά επεισόδια στον εγκέφαλο, στις στεφανιαίες αρτηρίες, στους πνεύμονες και στον αμφιβληστροειδή. Οι όγκοι της μιτροειδούς βαλβίδας και, παθολογοανατομικά, το θηλώδες ινοελάστωμα και το μύζωμα είναι αυτοί που συχνότερα προκαλούν εμβολικά επεισόδια. Τα έμβολα είναι τμήματα του νεοπλασματος ή θρόμβοι γύρω από αυτό. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει θρόμβους, εκβλαστήσεις και αποιτανώσεις των καρδιακών βαλβίδων, που μπορεί απεικονιστικά, ακόμη και με σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους, να είναι όμοια.

Το θηλώδες ινοελάστωμα που αποτελεί έναν από τους συχνότερους τύπους πρωτογενών όγκων των καρδιακών βαλβίδων, έχει χαρακτηριστική ηχοκαρδιογραφική εμφάνιση και χαρακτηριστικά. Είναι στρογγυλό, ωοειδές ή ακανόνιστο σαν σχήμα, σαφώς περιγεγραμμένο, ομοιογενούς συστάσεως, μικρού μεγέθους και τις περισσότερες φορές

είναι ευκίνητο (σε ποσοστό >50% των περιπτώσεων). Εξορμάται από την αορτική βαλβίδα στην πλειονότητα των ασθενών και δευτερευόντως από τη μιτροειδή βαλβίδα. Αποτελεί τον συχνότερο όγκο των καρδιακών βαλβίδων και αντιστοιχεί σε ποσοστό 7,9% των καλοθών πρωτογενών καρδιακών όγκων. Ως αιτιολογικός παράγοντας αυτών των νεοπλασμάτων ενοχοποιείται ο κυτταρομεγαλιός, καθώς έχει ανευρεθεί σε ιστολογικά παρασκευάσματα και η χρόνια ιογενής ενδοκαρδίτιδα. Η πλειονότητα των θηλωδών ινοελαστωμάτων εμφανίζονται ως μονήρεις μάζες και είναι συνήθως ασυμπτωματικά μέχρι να συμβεί κάποιο εμβολικό επεισόδιο. Τα μύζωμα (75% εξορμούνται από τον αριστερό κόλπο) αποτελούν τον δεύτερο συχνότερο τύπο καλοθών νεοπλασμάτων των καρδιακών βαλβίδων. Συνήθως προσβάλλουν τη μιτροειδή και λιγότερο συχνά την τριγλώχινα βαλβίδα. Το ραβδομύωμα είναι ο συχνότερος όγκος των καρδιακών βαλβίδων στα παιδιά και κυρίως εντοπίζεται στη μιτροειδή βαλβίδα. Ιδιαίτερο γνώρισμά του αποτελεί η αυτόματη ίαση. Θεωρείται αμάρτωμα του μυοκαρδίου παρά αληθές νεόπλασμα. Σε σημαντικό ποσοστό συνδέεται με την οζώδη σκλήρυνση. Το λίπωμα ως όγκος των καρδιακών βαλβίδων είναι εξαιρετικά σπάνιο και εντοπίζεται σχεδόν αποκλειστικά στην πνευμονική βαλβίδα. Τα ευμεγέθη λιπώματα προκαλούν σοβαρή ανεπάρκεια της βαλβίδας ή μηχανική απόφραξη. Τα αιμαγγείωματα των καρδιακών βαλβίδων είναι ένας άλλος πολύ σπάνιος καλοήθης καρδιακός όγκος (λιγότερο από 5% των καλοθών καρδιακών όγκων), καθώς οι βαλβίδες αποτελούν ανάγγειες δομές.

Οι ενδοκαρδιακές αιματικές κύστεις αποτελούν εξαιρετικά σπάνιους καλοήθεις σχηματισμούς. Το τοίχωμά τους είναι μονόστοιβο επιθήλιο με πεπλατυσμένα ενδοθηλιακά κύτταρα και περιέχουν αίμα. Η επικρατέστερη από τις θεωρίες προέλευσής τους για τον ασθενή μας (ιστορικό νόσου Kawasaki) είναι εκείνη της ανευρυσματικής διάταξης των τριχοειδών αγγείων. Σύμφωνα με αυτή, η φλεγμονή, η διέγερση του πνευμονογαστρικού, η ανοξία και η αιμορραγική διάθεση μπορεί να οδηγήσουν σε αιφνίδια απόφραξη των τριχοειδών αγγείων και να επιφέρουν τον σχηματισμό αιματώματος στην υποβαλβιδική περιοχή.

Περίπου το 25% των πρωτογενών καρδιακών όγκων είναι κακοήθεις, από τους οποίους το 75% είναι σαρκώματα. Η επιβίωση στην περίπτωση αυτή εξαρτάται απόλυτα από την έγκαιρη και ριζική εκτομή.

Στόχος της θεραπείας είναι η ριζική εκτομή του όγκου

και η αποκατάσταση της λειτουργικότητας της καρδιακής βαλβίδας. Η χειρουργική αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση, διότι η θνητότητα λόγω απόφραξης ή εμβολικών επεισοδίων ανέρχεται στο 8% των ασθενών που αναβάλουν τη χειρουργική θεραπεία (ο ασθενής παραπέμφθηκε στην κλινική μας καθυστερημένα). Στις περιπτώσεις αυτές η επιδιόρθωση εξασφαλίζει την αποφυγή επιπλοκών όπως ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός, η παραβαλβιδική διαφυγή ή της χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής.

Σε όλες τις περιπτώσεις η πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας της πάσχουσας βαλβίδας. Τέλος, η πρώιμη χειρουργική εκτομή είναι αναγκαία για την πρόληψη κρίσιμων επιπλοκών.

Συμπέρασμα

Η παρουσίαση αφορά σε εξαιρετικά σπάνια περίπτωση

παιδιού με μόρφωμα της μιτροειδούς βαλβίδας που τεκμηριώθηκε ως αγγειογενής αιματική κύστη (23x18x17 mm) από κυστική ανευρυσματική διάταση τριχοειδούς αγγείου. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας λόγω ανεπάρκειας.

Το κυστικό μόρφωμα που αφαιρέθηκε είχε αναπτυχθεί στο ελεύθερο χείλος του τρίτου τμήματος της πρόσθιας γλωκίνας της μιτροειδούς βαλβίδας με πρόσφυση στον επικουρικό θηλοειδή μυ.

Ο υποβαλβιδικός μηχανισμός της πρόσθιας γλωκίνας της μιτροειδούς βαλβίδας ήταν σε συνάφεια με το αγγειακό πρόελευσης μόρφωμα (αγγειογενές κυστικό αιμάτωμα).

Η αγγειογενής αιματική κύστη αποτελεί εξαιρετικά σπάνιο μόρφωμα της μιτροειδούς βαλβίδας σε παιδιά και είναι γενικά ασυμπτωματική, εκτός των περιπτώσεων που προκαλεί δυσλειτουργία της βαλβίδας.

Abstract

Sfyridis P, Kalagkos A. Angiogenic blood cyst of the anterior mitral leaflet leading regurgitation. *Iatrika Analekta*, 2016; 6: 279-281

We report a case of angiogenic blood cyst of the anterior mitral leaflet leading to progressively worsening mitral regurgitation in a 10-year-old boy. Blood cysts of the cardiac valves are extremely rare. The patient underwent successful surgical excision of the cyst, followed by mitral valve repair.

Βιβλιογραφία

1. Wang Y, Wang X, Xiao Y. *Surgical treatment of primary cardiac valve tumor: early and late results in eight patients*. J Cardiothorac Surg. 2016; 11: 31.
2. Delmo Walter EM, Javier MF, Sander F, et al. *Primary Cardiac Tumors in Infants and Children: Surgical Strategy and Long-Term Outcome*. Ann Thorac Surg. 2016; 102: 2062-2069.
3. Uzun O, Wilson DG, Vujanic GM, et al. *Cardiac tumours in children*. Orphanet J Rare Dis. 2007;2: 11.
4. Luo GH, Ma WG, Sun HS, et al. *Surgical treatment for primary mitral valve tumor: a 25-year single-center experience*. Cardiology 2011; 119: 81-87.
5. Madhavan S, Jayaprakash K, Jayaprasad N, et al. *Blood cyst of the anterior mitral leaflet causing severe mitral regurgitation*. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2015; 28: 363-364.
6. Combaret N, Azarnoush K, Marcaggi X, et al. *A blood cyst on the anterior mitral valve leaflet complicated by cerebrovascular stroke*. J Heart Valve Dis. 2012; 21: 688.

Ευμέγεθες αμάρτωμα θωρακικού τοιχώματος σε νεογνό

Στυλιανός Υψηλάντης

Παιδοχειρουργός, Διευθυντής Β' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
ypsiladis@yahoo.com

Εύη Βασιλειάδου

Παιδοχειρουργός, Επιμελήτρια Β' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
evivasiliadou@hotmail.com

Γεωργία Παπαϊωάννου

Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Παιδιατρικής Ακτινολογίας Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
gpaipao@hotmail.com

Το μεσεγχυματικό αμάρτωμα ή, αλλιώς, μεσεγχύμωμα είναι πολύ ασυνήθιστο στο θωρακικό τοίχωμα. Περιγράφηκε από τον James Ewing το 1921 ως καλοήθης βλάβη που ενδέχεται να αφορά στην πλευρά, στο στέρνο και στους μύς της θωρακικής κοιλότητας. Μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του θωρακικού τοιχώματος και αναπνευστική δυσχέρεια. Πρόκληση είναι η πλήρης εκτομή της βλάβης λόγω της έκτασής της σε μεγάλη περιοχή της θωρακικής κοιλότητας. Απολύτως χρήσιμα είναι η ακτινολογική απεικόνιση και η μελέτη με αξονική τομογραφία και μια έμπειρη διεπιστημονική ομάδα, με συμμετοχή παιδίατρου-παιδοχειρουργού, αναισθησιολόγου, καρδιολόγου και ύπαρξη οργανωμένης MENN.

Η ασθενής ήταν τελειόμνη θήλυ νεογνό, βάρους 3.150 γρ., που γεννήθηκε με καισαρική τομή λόγω προηγηθείσας προ διετίας υστεροτομής. Στον προγεννητικό έλεγχο είχε διαπιστωθεί υποστρόγγυλη μάζα διαστάσεων 3x3,6 cm στην περιοχή του κάτω τρίτου του σώματος του στέρνου με χαρακτηριστικά λιπώματος. Κατά την κλινική εξέταση επιβεβαιώθηκε σκληρή μάζα, διαστάσεων 3x4x5,5 cm στην αριστερή παραστερνική περιοχή στο ύψος της 7ης και 8ης στερνοπλευρικής άρθρωσης (εικόνα 1). Το νεογνό δεν παρουσίαζε αναπνευστική δυσχέρεια και δεν υπήρχαν ενδείξεις συστηματικής παθολογίας. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο φάνηκε ασβεστοποιημένη βλάβη, που περιελάμβανε το τόξο της 6ης, της 7ης και της 8ης πλευράς. Ακολούθως

υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία με 3D ανακατασκευή. Αυτή η αξιολόγηση ήταν χρήσιμη για τον προσδιορισμό της έκτασης και της υφής της βλάβης (εικόνες 2α, β, γ). Κατά τη χειρουργική επέμβαση έγινε εξωυπεζωκοτική εκτομή της μάζας (εικόνες 3α, β, γ). Για να ελαχιστοποιηθεί το έλλειμμα, κινητοποιήθηκαν τα χόνδρινα τμήματά τους και τοποθετήθηκε μεμβράνη «dura» ως υπόστρωμα για την ανάπτυξη των μυών. Παρέμεινε διασωληνωμένο στη MENN για 3 ημέρες, με ομαλή μετεχειρητική πορεία. Παρατηρήθηκε παράδοση αναπνοής χωρίς αναπνευστική δυσχέρεια. Οι καρδιοαναπνευστικές μελέτες ήταν φυσιολογικές και εξήλθε την όγδοη μέρα σε καλή κατάσταση. Στην ιστολογική εξέταση ο όγκος βρέθηκε να αποτελείται από χόνδρινο ιστό με ενδοθήλιο, οστεοκλάστες, γιγαντιαία κύτταρα και οστεοειδές όπως σε ανώριμες μεσεγχυματικές βλάβες.

Στη μετά δύο μήνες MRI δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της βλάβης. Στην ακτινογραφική μελέτη 2 μήνες αργότερα, φάνηκε σκολίωση της σπονδυλικής στήλης (εικόνα 4). Η παράδοση αναπνοής είχε αποκατασταθεί. Στον έκτο μήνα μετά την εκτομή εφαρμόστηκε ένας κατάλληλος ορθοπεδικός επίδεσμος για να αντιμετωπιστεί η σκολίωση. Τώρα είναι υπό παρακολούθηση από ορθοπεδικό για τον έλεγχο και ενδεχόμενη διόρθωση της σκολίωσης.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κύρια πρόκληση για τη θεραπεία αυτών των μικρών ασθενών είναι η ολική εκτομή του όγκου. Αν διαπιστωθεί σε προγεννητική μελέτη υπερήχων, δεν αποτελεί ένδειξη για καισαρική τομή. Σημαντική είναι η συμβολή της αξονικής τομογραφίας, ώστε να απεικονιστεί η τρισδιάστατη όψη της μάζας και να τεκμηριωθεί ο καλοήθης τύπος της βλάβης, χωρίς να απαιτείται βιοψία δια βελόνας για τον σκοπό αυτό. Η σύγκλιση του ελλείμματος μπορεί να γίνει με τους παρακείμενους ιστούς και με τη χρήση απορροφήσιμων προθεμάτων, συνθετικών ή



Εικ. 1. Προπέτεια ευμεγέθους μάζας προστερνικής περιοχής.



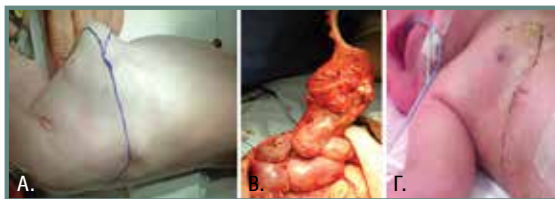
Εικ. 2. Α. Απλή ακτινογραφία θώρακος. Αναγνωρίζεται ασβεστοποιημένη μάζα κατά την 6η, την 7η και την 8η πλευροστερική άρθρωση. Β. Πλάγια ακτινογραφία θώρακος. Απεικονίζεται η προπίπτουσα μάζα. Γ. Αξονική τομογραφία με τρισδιάστατη ανασύνθεση.

μη. Η χρήση διπλής επένδυσης τιμέντου, η οποία αναφέρεται από συγγραφείς, φαίνεται να είναι υπερβολική και δεν χρειάζεται. Η παράδοση αναπνοή του προσβεβλημένου ημιθώρακιου δεν είναι μείζον πρόβλημα, εξαφανίζεται δυο - τρεις μήνες αργότερα. Η σκολίωση αντιμετωπίζεται με τη χρήση των κατάλληλων επιδέσμων ή με χειρουργική παρέμβαση για τη στήριξη της σπονδυλικής στήλης.

Τα μεσεγχυματικά αμαρτώματα του θωρακικού τοιχώματος είναι μια καλοήθης βλάβη που συνήθως διαπιστώνεται προγεννητικά. Η αξονική τομογραφία είναι ιδιαίτερης

σημασίας, για να υπάρχει συνολική άποψη του όγκου και για να διαφοροποιηθούν από κακοήθεις αλλοιώσεις. Η συνολική εκτομή της μάζας πρέπει να είναι ο σκοπός της απαραίτητης χειρουργικής επέμβασης και θα πρέπει να γίνεται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Η πρόγνωση είναι ευνοϊκή, παρά την πρωϊκή χειρουργική επέμβαση στη νεογνική περίοδο. Η παράδοση αναπνοή είναι παροδική και το κύριο πρόβλημα είναι η αντιμετώπιση της σκολίωσης

της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.



Εικ. 3. Α. Έχει σημειωθεί η χειρουργική τομή. Β. Διεγχειρητική όψη της βλάβης. Γ. Ικανοποιητική μετεγχειρητική ουλή.



Εικ. 4. Απλή ακτινογραφία μετά δίμηνο. Απεικονίζεται η ομόπλευρη σκολίωση.

Abstract

Ypsilantis S, Vasiliadou E, Papaioannou G. Amartoma of the chest wall in a newborn. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 282-283

Mesenchymal hamartomas of the thoracic wall are benign lesions presented in neonatal period. May cause respiratory distress but are non life treating. Total excision is a challenging operation and must be performed after the radiographic studies are complete by CT scan. A case of enormous lesion presented at birth and treated by total excision is reported. Scoliosis of the thoracic vertebral column is presented on the follow up and treated with appropriate bandage. Paradoxical respiration is a transitory sign that disappears by the time.

Βιβλιογραφία

1. Shamberger RC, Grier HE. *Chest wall tumors in infants and children*. *Semin Pediatr Surg*. 1994; 3: 267-276.
2. Benz G, Schafer K, Daum R. *Tumors of the ribs in children*. *Chir Pediatr* 1990; 31: 152-156.
3. Walt AJ. *Chest wall lesions*. *Paediatr Respir Rev* 2002; 3: 328-338.
4. Rao L, Kini AC, Valiathan M, et al. *Infantile cartilaginous hamartoma of the rib. A case report*. *Acta Cytol*. 2001; 45: 69-73.
5. Campbell AN, Wagget J, Mott MG. *Benign mesenchymoma of the chest wall in infancy*. *J Surg Oncol* 1982; 21: 267-270.
6. Pawel BR, Crombleholme TM. *Mesenchymal hamartoma of the chest wall*. *Pediatr Surg Int* 2006;22:398-400
7. Castellano VM, Fiano C, Vargas J, et al. *Mesenchymal hamartoma of the chest wall*. *Cytopathology* 1997;8:215-17
8. Incarbone M, Nava M, Leguaglie C, et al. *Sternal resection for primary or secondary tumors*. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997;114:93-99
9. Kim JY, Jung WH, Yoon CS, Kim MJ, Kim HK, Kim KD, Cho SH. *Mesenchymal hamartoma of chest wall in infancy: radiologic and pathologic correlation*. *Yonsei Med J* 2000;41:615-622
10. Cohen MC, Drut R, Garcia C, et al. *Mesenchymal hamartoma of the chest wall: a cooperative study with review of the literature*. *Pediatr Pathol* 1992;12:525-34.

Ατρπσία οισοφάγου χωρίς συρίγγιο - Χειρουργική αποκατάσταση και σύγκριση χειρουργικών τεχνικών

Νικολέττα Γκαβέρα

Παιδοχειρουργός, Επιμελήτρια Κλινικής Παιδοχειρουργικής Ογκολογίας Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
nikoletta.gkavera@gmail.com

Τριαντάφυλλος Φωκαεύς

Παιδοχειρουργός, Συντονιστής - Επιστημονικός Υπεύθυνος Παιδοχειρουργικού Τομέα Παίδων ΜΗΤΕΡΑ,
Διευθυντής Α' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
trhocaeus@yahoo.gr

Πρόκειται για συγγενή ανωμαλία, κατά την οποία ο οισοφάγος εμφανίζει έλλειμμα (χάσμα) στη συνέχειά του. Η συχνότητα είναι 1/3.500 γεννήσεις με κατανομή περίπου ίδια σε αγόρια και κορίτσια. Οι τύποι είναι (εικόνα 1):

- A. Ατρπσία οισοφάγου με περιφερικό συρίγγιο (86%-90% των περιπτώσεων).
- B. Ατρπσία οισοφάγου χωρίς συρίγγιο (5%).
- C. Ατρπσία οισοφάγου με κεντρικό και περιφερικό συρίγγιο (3%).
- D. Ατρπσία οισοφάγου με κεντρικό συρίγγιο (1%).
- E. Τραχειο-οισοφαγικό συρίγγιο χωρίς ατρπσία (3%).

Διάγνωση

Άνω του 90% των εμβρύων με ατρπσία οισοφάγου εμφανίζει πολυυδράμνιο. Το νεογνό αδυνατεί να καταπιεί, βήχει, πνίγεται, εμφανίζει σιελόρροια, δύσπνοια και κυάνωση λόγω του συρίγγιου. Η επιβεβαίωση της ατρπσίας οισοφάγου γίνεται με τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και λήψη ακτινογραφίας θώρακος - κοιλίας. Όταν συνυπάρχει περιφερικό συρίγγιο, παρατηρείται αέρας στο στομάχι. Όταν δεν υπάρχει συρίγγιο, απουσιάζει η γαστρική φυσαλίδα.

Ιδιαίτερη πρόκληση για τους παιδοχειρουργούς παρουσιάζει η ατρπσία οισοφάγου με μεγάλο χάσμα μεταξύ των δύο κολοβωμάτων (κεντρικού - περιφερικού). Μεγάλο χάσμα («Long Gap») χαρακτηρίζεται αυτό που ξεπερνά τα 4 cm, δηλαδή 4 σπονδυλικά σώματα.

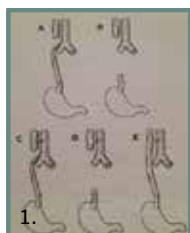
Πολλές τεχνικές έχουν περιγραφεί για την αποκατάστα-

ση αυτής της ανωμαλίας (πίνακας 1). Καμία τεχνική, όμως, δεν έχει αποδειχθεί ιδανική για όλους τους ασθενείς. Το πρώτο εικοσιτετράωρο ζωής, αναλόγως την τεχνική, πραγματοποιείται οισοφαγοστομία για την αναρρόφηση της σιέλου και γαστροστομία για την σίτιση. Για την αποκατάσταση του χάσματος του οισοφάγου προτείνονται οι εξής τεχνικές:

1. Χρήση τμήματος παχέος εντέρου (ενδοθωρακικά ή οπισθοστερνικά).
2. Μετάθεση του στομάχου προς το μεσοθωράκιο και αναστόμωσή του με το κεντρικό κολόβωμα του οισοφάγου.
3. Δημιουργία ανάστροφου γαστρικού κρημνού.
4. Παρεμβολή τμήματος της νήστιδας μεταξύ των δύο κολοβωμάτων.
5. Χρήση μαγνητικής συμπλησίωσης των δύο κολοβωμάτων του οισοφάγου.
6. Γαστροπλαστική κατά Collis με χρήση του ελάσσονος τόξου του στομάχου.
7. Έλξη και συρραφή των δύο κολοβωμάτων και, σε δεύτερο χρόνο, δημιουργία αυλού (τεχνική Foker).
8. Χρήση πρόσθιου ανάστροφου κρημνού.

Παρουσίαση περίπτωσης

Επρόκειτο για τελειόμνη νεογνό με προγεννητική απεικόνιση στην οποία εμφανιζόταν μικρό στομάχι. Στον έλεγχο (εικόνες 2, 3) μετά τη γέννηση διαπιστώθηκε η παρουσία ατρπσίας οισοφάγου, χωρίς συρίγγιο, με μεγάλο χάσμα



Εικ. 1. Τύποι ατρπσίας οισοφάγου.
Α. Ατρπσία οισοφάγου με περιφερικό συρίγγιο. Β. Ατρπσία οισοφάγου χωρίς συρίγγιο. Γ. Ατρπσία οισοφάγου με κεντρικό και περιφερικό συρίγγιο. Δ. Ατρπσία οισοφάγου με κεντρικό συρίγγιο. Ε. Τραχειο-οισοφαγικό συρίγγιο χωρίς ατρπσία (3%).

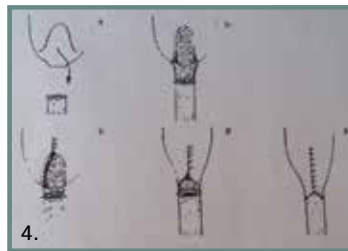


Εικ. 2. Μελέτη οισοφάγου σε ηλικία 1 μηνός.

Πίνακας 1	Σύγκριση χειρουργικών τεχνικών	
	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Παχύ έντερο	Καλή αιμάτωση	Ελλιπής περισταλτισμός
	Επαρκές μήκος	Διάταση (σε θέση ενδοθωρακική)
	Τοποθετείται ενδοθωρακικά ή οπισθοστερνικά	Καθυστερημένη διέλευση τροφών
		Απαιτούμενες 3 αναστομώσεις
		Αναστομωτική διαφυγή
		Στένωση
		Αναγκαία προεγχειρητική προετοιμασία εντέρου
		Κίνδυνος Ca
		Απαιτείται οισοφαγοστομία και γαστροστομία
Μετάθεση στομάχου	Εύκολη κινητοποίηση	Μεγάλος όγκος
	Μία αναστόμωση	ΓΟΠ
	Επαρκές μήκος	Πιθανότητα νεοπλασίας τύπου Barrett
	Καλή αιμάτωση	Διαταραχή πνευμονικής λειτουργίας
	Τεχνικά εύκολη	Ελλιπής αύξηση βάρους
		Απαιτείται οισοφαγοστομία και γαστροστομία
		Διάσπαση αναστόμωσης οισοφάγου - μοσχεύματος
Ανάστροφος γαστρικός κρημνός	Αποφυγή διάτασης	Διαφυγή - Στένωση
	Διατήρηση του σχήματος	Ελλιπής αύξηση βάρους
	Καλή αιμάτωση	ΓΟΠ - Έλκος - Αναιμία
	Μία αναστόμωση	Δυσχερής τοποθέτηση στο οπίσθιο μεσοθωράκιο
	Ταχεία διέλευση της τροφής	Μικρή γαστρική χωρητικότητα
	Τεχνικά εύκολη	Απαιτείται οισοφαγοστομία και γαστροστομία
		Διάσπαση αναστόμωσης οισοφάγου - μοσχεύματος
Νήσιδα	Διάμετρος όμοια με του οισοφάγου	Απαιτεί 3 αναστομώσεις
	Δεν χρήζει προετοιμασία εντέρου	Έλκος
		Προβλήματα αγγείωσης
		Γαστροστομία
Μαγνητικό πεδίο	Μη επεμβατική	Ελλιπής βιβλιογραφία
		Άγνωστα αποτελέσματα
Γαστροπλαστική κατά Collis	Απουσία διαφυγής	Στένωση
		ΓΟΠ
		Μυοτομή του κεντρικού κολοβώματος
Τεχνική Foker	Διατήρηση του οισοφάγου	Πολλαπλές επεμβάσεις λόγω μείωσης της τάσης/ρήξης των ραμμάτων
		Μακρά νοσηλεία
		Επαναλαμβανόμενες διαστολές
Πρόσθιος ανάστροφος κρημνός οισοφάγου	Διατήρηση του οισοφάγου	Στένωση
	Δεν χρήζει μυοτομής	ΓΟΠ
		Μακρά νοσηλεία
		Ελλιπής βιβλιογραφία



Εικ. 3. Μελέτη οισοφάγου σε ηλικία 3 μηνών.



Εικ. 4. Χειρουργική αποκατάσταση της συνέχειας του οισοφάγου με πρόσθιο ανάστροφο κρημό του κεντρικού κολοβώματος.

μεταξύ κεντρικού και περιφερικού κολοβώματος (6 σπονδυλικά σώματα), συνυπάρχουσα 13η πλευρά και οσχεϊκό υποσπαδία.

Την πρώτη ημέρα ζωής πραγματοποιήθηκε γαστροστομία. Σε ηλικία 4 μηνών έγινε χειρουργική αποκατάσταση της συνέχειας του οισοφάγου με πρόσθιο ανάστροφο κρημό του κεντρικού κολοβώματος (εικόνα 4).



Συμπεράσματα

Μελετώντας τη βιβλιογραφία καταλήγουμε ότι καμία τεχνική δεν

Εικ. 5. Μελέτη οισοφάγου 1 μήνα μετά τη χειρουργική αποκατάσταση.



ανατομία και τη φυσιολογία της περιοχής.

Εικ. 6. Μελέτη οισοφάγου 1,5 χρόνο μετά την χειρουργική αποκατάσταση

Abstract

Gkavera N, Fokaefs T. Esophageal atresia without fistula-Surgical correction and comparison of surgical techniques. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 284-286

By studying the bibliography we conclude that no surgical technique proves to be perfect for the correction of esophageal atresia with long gap. The theory says that "The best technique is the one that the surgeon knows better". The aim of each pediatric surgeon should be, if possible, to preserve the esophagus of the baby with respect to the anatomy and the physiology of the area.

Βιβλιογραφία

1. Al-Qahtani AR, Yazbeck S, Rosen NG, et al. *Lengthening technique for long gap esophageal atresia and early anastomosis*. J Pediatr Surg. 2003; 38: 737-739.
2. Till H, Muensterer OJ, Rolle U, et al. *Staged esophageal lengthening with internal and subsequent external traction sutures leads to primary repair of an ultralong gap esophageal atresia with upper pouch tracheoesophagal fistula*. J Pediatr Surg. 2008; 43: E33-35.
3. Bagolan P, Iacobelli Bd B, De Angelis P, et al. *Long gap esophageal atresia and esophageal replacement: moving toward a separation?* J Pediatr Surg. 2004; 39: 1.084-1.090.
4. Erdogan E, Emir H, Eroglu E, et al. *Esophageal replacement using the colon: a 15-year review*. Pediatr Surg Int. 2000; 16: 546-549.
5. Evans M. *Application of Collis gastroplasty to the management of esophageal atresia*. J Pediatr Surg. 1995; 30: 1.232-1.235.
6. Pedersen JC, Klein RL, Andrews DA. *Gastric tube as the primary procedure for pure esophageal atresia*. J Pediatr Surg. 1996; 31: 1.233-1.235.
7. Ruangtrakool R, Spitz L. *Early complications of gastric transposition operation*. J Med Assoc Thai. 2000; 83: 352-357.
8. Spitz L. *Gastric transposition for esophageal substitution in children*. J Pediatr Surg. 1992; 27: 252-257, discussion 257-259.

Ξένα σώματα στο λάρυγγα και την τραχεία: πώς αντιμετωπίζονται στο παιδί

Μηνάς Ν. Αρτόπουλος

Ωτορινολαρυγγολόγος, Διευθυντής Τμήματος Χειρουργικής Τραχήλου-Θυρεοειδούς ΜΗΤΕΡΑ
artminas@yahoo.gr

Πολύ συχνά, παιδιά ηλικίας κάτω των 3 ετών, αντί να καταπιούν, εισροφούν ένα Ξένο σώμα, με αποτέλεσμα την απόφραξη του λάρυγγα και της τραχείας. Αυτό γίνεται γιατί:

1. Ο μηχανισμός κατάποσης είναι σχετικά ανώριμος.
2. Δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως οι γομφίοι και οι προγόμφιοι, με αποτέλεσμα να γίνεται ατελής σύγκλειση του οδοντικού φραγμού.
3. Το αντανακλαστικό του βήχα δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένο.
4. Η θέση του λάρυγγα είναι υψηλότερη συγκριτικά με τους ενήλικες.

Επίσης, πολύ σημαντικές παράμετροι είναι:

- ▶ Η ανεπαρκής ενημέρωση των γονέων.
- ▶ Η πλημμελής επίβλεψη των παιδιών.
- ▶ Ο μη ασφαλής σχεδιασμός διαφόρων παιχνιδιών.
- ▶ Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον στο οποίο ζει το παιδί.

Τα συμπτώματα

Πολύ σημαντικό είναι το ιστορικό όπως το περιγράφουν οι γονείς (ή οι άνθρωποι που ήταν δίπλα στο παιδί όταν συνέβη το γεγονός). Μπορεί να αναφέρουν επεισόδιο «πνιγμονής» με παροξυσμικό βήχα, συριγγό, έκλυση του αντανακλαστικού του εμέτου, δυσκολία στην αναπνοή και κυάνωση. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν από λίγα δευτερόλεπτα έως λίγα λεπτά μέχρι να εγκατασταθεί το Ξένο σώμα σε κάποιο σημείο των βρόγχων.

Συχνά ακολουθούν επεισόδια βήχα, πυρετική κίνηση ή δύσπνοια, στην περίπτωση κατά την οποία εγκαθίσταται το Ξένο σώμα στην τρόπιδα. Ωστόσο, αντίστοιχη συμπτωματολογία δύναται να εκδηλωθεί και χωρίς την παρουσία Ξένου σώματος.

Οι επιπλοκές από ένα αδιάγνωστο Ξένο σώμα στο τραχειοβρογχικό δέντρο περιλαμβάνουν την πνευμονία, την ατελεκτασία, τον πνευμοθώρακα, τον υδροπνευμοθώρακα, τη στένωση βρόγχων, τις βρογχιεκτασίες, όπως και την πιθανή μετατόπιση του Ξένου σώματος και ενσφήνωση αυτού σε περιφερικότερη θέση. Τέτοιες επιπλοκές εκδηλώνονται σε ποσοστό 22%-33%, με συχνότερη αυτών την πνευμονία.

Διάγνωση και θεραπεία

Η διάγνωση θα τεθεί από το ιστορικό της εισρόφησης του Ξένου σώματος, την κλινική εικόνα του μικρού ασθενή και τον ακτινολογικό έλεγχο.

Σε ένα παιδί που είναι κλινικά σταθερό και συνεργάσιμο, η απλή ακτινογραφία θώρακος μπορεί να εμφανίσει μεγάλη ποικιλία ευρημάτων, από φυσιολογικό πνευμονικό παρέγχυμα έως πλήρη απόφραξη του ενός βρόγχου, εμφύσημα με παρεκτόπιση του μεσαυλίου και της καρδιάς προς την υγιή πλευρά και απεικόνιση του Ξένου σώματος (εφόσον αυτό είναι ακτινοσκιερό). Στην πλειονότητα των περιπτώσεών μας δεν ανευρέθησαν αξιόπιστα ακτινσκοπικά ευρήματα που να συνέβαλαν στη διάγνωση.

Όπως προκύπτει και από τη βιβλιογραφία, ο φυσιολογικός ακτινολογικός έλεγχος δεν αποκλείει την ύπαρξη Ξένου σώματος. Σε ποσοστό 24% των θετικών βρογχοσκοπήσεων με ανεύρεση Ξένου σώματος, ο ακτινολογικός έλεγχος είναι φυσιολογικός.

Για τον λόγο αυτό, ανεξάρτητα από τον φυσιολογικό ή μη ακτινσκοπικό έλεγχο, σε παιδιά με ύποπτο ιστορικό ή με χαρακτηριστική συμπτωματολογία εισρόφησης Ξένου σώματος κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια διερευνητικής βρογχοσκόπησης για επιβεβαίωση ή όχι της παρουσίας του Ξένου σώματος και της αντιμετώπισης.

Abstract

Artopoulos MN. The management of foreign bodies in the pediatric airway. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 287-288

Children are more prone to aspirate foreign bodies for several reasons. In addition, the propensity of children to talk, laugh, or run while chewing also increases the chance of sudden aspiration of food. Rigid bronchoscopy represents the golden standard for evaluation and treatment of this emergency situation.

Βιβλιογραφία

1. Pak MW, van Hasselt CA. *Foreign bodies in children's airways: a challenge to clinicians and regulators*. Hong Kong Med J. 2009; 15: 4-5.
2. Eren S, Balci AE, Dikici B, et al. *Foreign body aspiration in children: experience of 1160 cases*. Ann Trop Paediatr. 2003; 23: 31-37.
3. National Safety Council. *Injury, Death and Fatality Statistics*. Available at http://www.nsc.org/news_resources/injury_and_death_statistics/Pages/InjuryDeathStatistics.aspx. Accessed: February 12, 2013.
4. National Safety Council. *Accident Facts*. 1992; 32.
5. Bittencourt PF, Camargos PA, Scheinmann P, et al. *Foreign body aspiration: clinical, radiological findings and factors associated with its late removal*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006; 70: 879-884.
6. (Guideline) *American Association for Respiratory Care (AARC)*. Bronchoscopy assisting - 2007 revision & update. Respir Care. 2007; 52: 74-80.

Καθυστερημένη εμφάνιση συγγενούς οπισθοπλαγίας διαφραγματοκήλης

Στυλιανός Υψηλάντης

Παιδοχειρουργός, Διευθυντής Β' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
ypsiladis@yahoo.com

Εύη Βασιλειάδου

Παιδοχειρουργός, Επιμελήτρια Β' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
enivasiliadou@hotmail.com

Ευαγγελία Γκάρου

Παιδίατρος, Επιμελήτρια Παιδιατρικής Κλινικής Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
evangelia.garou@gmail.com

Νικολέττα Γκαβέρα

Παιδοχειρουργός, Επιμελήτρια Κλινικής Παιδοχειρουργικής Ογκολογίας, Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
nikoletta.gkavera@gmail.com

Η συγγενής διαφραγματοκήλη Bochdalek είναι μια ανωμαλία που διαγιγνώσκεται προγεννητικά. Οφείλεται σε αγενεσία του πάσχοντος ημιδιαφράγματος. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι αμφοτερόπλευρη. Η συμπτωματολογία είναι θορυβώδης με έντονη αναπνευστική δυσχέρεια, αυξημένες πνευμονικές αντιστάσεις, υποπλασία του πάσχοντος πνεύμονα και το ποσοστό θνητότητας είναι μεγάλο (30%-40%). Λόγω του μειωμένου ποσοστού επιβίωσης είναι αιτία που ορισμένες φορές αποφασίζεται η διακοπή της κύησης.

Παρουσίαση περιπτώσεως

Πρόκειται για μια μικρή ασθενή 5,5 μηνών, που ως τελειόμνηνο νεογνό φυσιολογικής κύησης και τοκετού δεν παρουσίαζε καμία συμπτωματολογία. Την ημέρα της εισαγωγής παρουσίασε αιφνίδια μετά από γεύμα έντονη αναπνευστική δυσχέρεια. Κατά την κλινική εξέταση θεωρήθηκε πιθανή απόφραξη αεραγωγών από ξένο σώμα ή εισρόφηση γάλακτος. Αφού έγινε προσπάθεια σταθεροποίησης και επείγουσα διασωλήνωση, έγινε ακτινολογικός έλεγχος και απεικονίστηκε η παρουσία του στομάχου στο αριστερό ημιθωράκιο (εικόνα 1α). Το εύρημα, καθώς και η παρουσία του σπλήνα στο ημιθωράκιο, επιβεβαιώθηκαν



Εικ. 1. Α. Παρουσία του στομάχου στο αριστερό ημιθωράκιο. Παρεκτόπιση μεσοθωρακίου. Β. Απεικονίζεται η πορεία του ρινογαστρικού σωλήνα. Σημειώνεται η ικανοποιητική έκπτυξη του αριστερού πνεύμονα μετά την αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου.

με υπερηχογραφικό έλεγχο. Η επιβαρυνόμενη γενική του κατάσταση βελτιώθηκε σημαντικά μετά από τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου (εικόνα 1β). Το βρέφος νοσηλεύθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων για σταθεροποίηση. Δεν παρουσίασε πνευμονική υπέρταση ή ενδείξεις πνευμονικής υποπλασίας, ενώ η αναπνευστική οξείωση ανατάχθηκε ταχέως.

Μετά από 12 ώρες αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Δια-



Εικ. 2. Α. Αναγνωρίζεται το διαφραγματικό έλλειμμα. Διακρίνονται ο στομάχος, η σπλην, τα σκέλη διαφραγματικού ελλείμματος, το πνευμονικό παρέγχυμα. Β. Το διαφραγματικό έλλειμμα μετά την ανάταση των σπλάχνων με το πνευμονικό παρέγχυμα και τα σκέλη του διαφραγματικού ελλείμματος. Γ. Σύγκλειση του διαφραγματικού ελλείμματος.

πιστώθηκε οπισθοπλάγιο έλλειμμα αριστερού διαφράγματος και έγινε δυσχερής ανάταξη του στομάχου και του σπλήνα λόγω του μικρού εύρους του ελλείμματος καθώς και σύγκλιση του διαφραγματικού ελλείμματος κατά πρώτο σκοπό (εικόνες 2 α, β, γ).

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε την τέταρτη μετεγχειρητική μέρα με άριστη αναπνευστική λειτουργία.

Συζήτηση

Η συγγενής οπισθοπλάγια διαφραγματοκήλη είναι μια πάθηση με μεγάλο εύρος τόσο στην υποκείμενη πνευμονική υποπλασία και πνευμονική υπέρταση όσο και στην κλινική συμπτωματολογία και χρόνο εμφάνισης. Αναφέρονται περιπτώσεις οι οποίες διαπιστώθηκαν σε νεκροτομικά παρασκευάσματα σε άτομα μεγάλης ηλικίας, όπως και περιπτώσεις σε έμβρυα αυτόματης διακοπής της κύησης. Η διάγνωση της ανωμαλίας προγεννητικά οδηγεί τους γονείς (χωρίς αυτή να είναι απόλυτη ένδειξη) σε διακοπή της κύησης λόγω του αυξημένου ποσοστού θνητότητας. Στις κήσεις βρεφών με προγεννητικά διαγνωσμένη διαφραγματοκήλη ακολουθείται ανάλογη στρατηγική.

Πρώτο μέλημα είναι η ενημέρωση των γονέων από εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα, που την αποτελούν μαιευτήρας, εμβρυολόγος, παιδοχειρουργός, νεογνολόγος, γενετιστής και ψυχολόγος, για την πορεία και την ενδεχόμενη αντιμετώπιση της κύησης. Βασική απόφαση είναι η αλλαγή του τρόπου, του χρόνου και του τόπου του τοκετού. Τα αποτελέσματα είναι σημαντικά καλύτερα σε νεογνά που έχουν γεννηθεί σε τριτοβάθμιο κέντρο ώστε να αποφευχθεί η μεταφορά του νεογνού, με καισαρική τομή ώστε να μειωθεί το στρες του τοκετού, και από την 36η έως την 38η εβδομάδα κύησης ώστε η ωριμότητα των πνευμόνων να είναι ικανοποιητική. Ακολουθώντας αυτήν

τη στρατηγική, η επιβίωση των νεογνών αυτών στο Νοσοκομείο μας φτάνει το 92%.

Σε σπάνιες περιπτώσεις, όπως αυτή που παρουσιάστηκε, στις οποίες τα νεογνά δεν έχουν υποβληθεί σε προγεννητικό έλεγχο Β' επιπέδου και δεν παρουσιάζουν κατά τη γέννηση εικόνα αναπνευστικής δυσχέρειας ή έχουν μικρό διαφραγματικό έλλειμμα που δεν απεικονίζεται στον υπερηχογραφικό έλεγχο, είναι πιθανό να διαγνωστεί η συγγενής διαφραγματοκήλη σε μεγαλύτερη ηλικία. Αυτό μπορεί να γίνει είτε σε τυχαίο διαγνωστικό έλεγχο είτε κατόπιν συμπτωματολογίας έντονης αναπνευστικής δυσχέρειας ή οπισθοστερνικού άλγους.

Είναι πολύ σημαντικό να γίνεται διαφοροδιάγνωση με τον αυτόματο πνευμοθώρακα λόγω της παρουσίας του διστεταμένου στομάχου στο ημιθωράκιο ή με τη σταφυλοκοκκική πνευμονία, που η πλειοκυστική απεικόνιση του πνεύμονα μπορεί να συγχυθεί με την παρουσία εντέρου στο ημιθωράκιο. Σε κάθε περίπτωση θα μπορούσαν να προκληθούν βαρύτατες επιπλοκές από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Συμπεράσματα

Η συγγενής οπισθοπλάγια διαφραγματοκήλη έχει ευρύ φάσμα κλινικής εμφάνισης και υποκείμενης παθολογίας που είναι ευθέως ανάλογα και προδιαγράφουν την πορεία του ασθενούς. Η εφαρμογή της κατάλληλης στρατηγικής και η προγραμματισμένη, μετά από σταθεροποίηση, χειρουργική διόρθωση της ανωμαλίας έχει αυξήσει τα ποσοστά επιβίωσης. Σε περιπτώσεις καθυστερημένης εμφάνισης των συμπτωμάτων συνήθως η έκβαση είναι ευνοϊκή, γιατί η πνευμονική υποπλασία δεν είναι σημαντική. Αυτόνοπη είναι η διαφοροδιάγνωση με άλλες παθήσεις των πνευμόνων, όπως ο πνευμοθώρακας ή η σταφυλοκοκκική πνευμονία.

Abstract

Ypsilantis S, Vassiliadou E, Garou E, Giovani M. Late presentation of congenital diaphragmatic hernia. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 289-291

Congenital diaphragmatic hernia has a wide range of clinical presentation and underlying pathology that is directly proportional and prescribes the patient's course. The implementation of an appropriate strategy and the delayed surgical correction of the defect after stabilization has increased survival rates. In cases of late appearance of symptoms, usually, result is favorable because the pulmonary hypoplasia is not significant. The differential diagnosis with other lung diseases such as pneumothorax or staphylococcal pneumonia is significant for appropriate treatment.

Βιβλιογραφία

1. Rout S, Foo FJ, Hayden JD. *Right sided Bochdalek hernia obstructing in an adult: Case report and review of the literature*. Hernia 2007; 11: 359-362.
2. Robinson PD, Fitzgerald DA. *Congenital diaphragmatic hernia*. Paediatr Respir Rev. 2007; 8: 323-335.
3. Coren ME, Rosenthal M, Bush A. *Congenital diaphragmatic hernia misdiagnosed as tension pneumothorax*. Pediatr Pulmonol. 1997; 24: 119-121.
4. Shah R, Reddy AS, Dhende NP. *Video assisted thoracic surgery in children*. J Minim Access Surg. 2007; 3: 161-167.
5. Gupta S, Raiger LK, Shah D, et al. *Late presentation of congenital Bochdalek hernia*. Indian J Anaesth. 2005; 49: 499-503.
6. Tsui KP, Chan KW, Lee KH. *Acute complications of late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children*. HK J Paediatr 2010; 15: 157-160.

Κοιλιακή ψευδοκύστη σε παιδί με κοιλιο-περιτοναϊκή βαλβίδα υδροκεφάλου

Παναγιώτης Κόκκαλης

Νευροχειρουργός, Επιμελητής Παιδονευροχειρουργικής Κλινικής Παιδων ΜΗΤΕΡΑ
kokkalis.neuro@gmail.com

Χρήστος Χαμηλός

Νευροχειρουργός, Επιμελητής Παιδονευροχειρουργικής Κλινικής Παιδων ΜΗΤΕΡΑ
medlow2x@yahoo.gr

Σπυρίδων Σγούρος

Νευροχειρουργός, Διευθυντής Παιδονευροχειρουργικής Κλινικής Παιδων ΜΗΤΕΡΑ
ssgouros@mitera.gr

Η κοιλιο-περιτοναϊκή παροχέτευση (Ventriculo-Peritoneal VP shunt) είναι μια διαδεδομένη μέθοδος για τη διαχείριση του υδροκεφάλου, η οποία όμως, σε βάθος χρόνου, παρουσιάζει και αρκετές επιπλοκές στον ασθενή, που σχετίζονται με δυσλειτουργία του συστήματος ή λοίμωξη. Κοιλιακές επιπλοκές περιλαμβάνουν την περιτονίτιδα, τον ασκίτη, τη διάτρηση του εντέρου και του κοιλιακού τοιχώματος και τη βουβωνοκήλη. Μια ασυνήθιστη, αλλά αναγνωρίσιμη επιπλοκή είναι η κοιλιακή ψευδοκύστη (Abdominal pseudocyst - APC) που περιέχει εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη πίεση μέσα στην ψευδοκύστη, μειώνοντας τη ροή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και κατά επέκταση τη λειτουργικότητα της παροχέτευσης, καθώς και κλινικές επιπτώσεις από την παρουσία χωροκατακτητικής εξεργασίας στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Η κλινική εικόνα μπορεί να μοιάζει με εκείνη της οξείας κοιλίας: κοιλιακός πόνος με ή χωρίς ψηλαφητή μάζα, κοιλιακή διάταση με ή χωρίς μετεωρισμό, ναυτία ή και έμετος, μειωμένη όρεξη, δυσκοιλιότητα, πυρετός και συμπτώματα από τη δυσλειτουργία της παροχέτευσης, όπως λήθαργος και πονοκέφαλος. Ο όρος ψευδοκύστη συνεπάγεται ότι η κύστη περιβάλλεται από ένα τοίχωμα μη επιθηλιακού ιστού, όπως του εντερικού ορογόνου και του περιτοναίου. Το τοίχωμα μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας εστιακής

φλεγμονώδους αντίδρασης ή λοίμωξης χαμηλής τοξικότητας. Η αύξηση στην περιεκτικότητα του εγκεφαλονωτιαίου υγρού σε πρωτεΐνες μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μια στείρα φλεγμονώδη αντίδραση. Αποστήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, κακοήθειες και κακοήθεις αρχέγονοι όγκοι νευροεξωδερμικής προέλευσης, πιστεύεται ότι προδιαθέτουν την κοιλιά προς την ανάπτυξη ψευδοκύστης.

Παρουσίαση περιπτώσεως

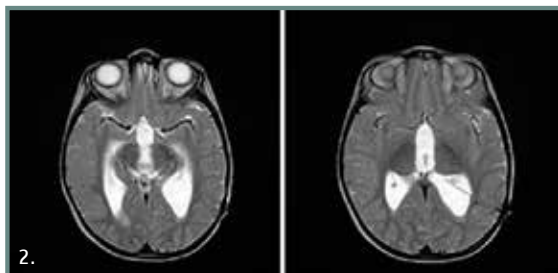
Ασθενής 5 ετών, με ιστορικό χειρουργηθέντος όγκου οπισθίου κρανιακού βόθρου (επενδύωμα Grade III) και πολλαπλές επεμβάσεις αναθεώρησης της κοιλιο-περιτοναϊκής παροχέτευσης (VP-shunt), προσήλθε με έντονο κοιλιακό άλγος, πυρετό και βυθιότητα. Πραγματοποιήθηκε υπέρηχος άνω-κάτω κοιλίας και κατόπιν μαγνητική τομογραφία κοιλίας και εγκεφάλου, που ανέδειξαν δυσλειτουργία του συστήματος βαλβίδας υδροκεφαλίας, λόγω της παρουσίας ευμεγέθους εγκυστωμένης συλλογής υγρού με πολλά διαφραγμάτια στην ελάσσονα πύελο και την άνω κοιλία.

Αντιμετώπιση

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε επειγόντως με χειρουργική επέμβαση παροχέτευσης και εκτομής της κύστης από την άνω κοιλία, με τομή δέρματος εγκάρσια δεξιά παρομφαλικά και συμφυσιόλυση.



Εικ. 1. Μαγνητική τομογραφία κοιλίας σε στεφανιαίο, οβελιαίο και εγκάρσιο επίπεδο, T2 ακολουθία χωρίς σκιαγραφικό. Αναδεικνύεται ευμεγέθης κύστη, εντός της οποίας εμφανίζεται το περιφερικό άκρο της κοιλιοπεριτοναϊκής παροχέτευσης.



Εικ. 2. Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου σε εγκάρσιο επίπεδο, T2 ακολουθία χωρίς σκιαγραφικό, όπου αναδεικνύεται η αύξηση των διαστάσεων του κοιλιακού συστήματος, συγκριτικά με μαγνητική τομογραφία στην εικόνα 3.

Αποφασίστηκε η επανατοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα στο δουγλάσειο. Στάλθηκαν δείγματα για καλλιέργεια, τα οποία ήταν στείρα, ενώ το πόρισμα της ιστολογικής διάγνωσης ανέφερε: Τεμάχια συνδετικού και λιπώδους ιστού με υπεραϊμικά αγγεία, αιμορραγικές διηθήσεις, θέσεις με αραιές χρόνιες φλεγμονώδεις διηθήσεις, τα οποία καλύπτονται εστιακά από αποπλατυσμένο επιθήλιο. Τα ευρήματα ήταν συμβατά με ψευδοκύστη περιτοναϊκής κοιλότητας. Στοιχεία κακοήθειας δεν παρατηρήθηκαν.

Δώδεκα μέρες μετά ο ασθενής εμφάνισε υποτροπή της εγκυστωμένης συλλογής στην κοιλιακή χώρα και αντιμετωπίστηκε εκ νέου, αρχικά με εξωτερική παροχέτευση του περιτοναϊκού καθετήρα της βαλβίδας υδροκεφάλου και σύνδεσή της με σύστημα εξωτερικής παροχέτευσης εγκεφαλονωτιαίου υγρού, και δέκα μέρες αργότερα με εσωτερική παροχέτευση του περιτοναϊκού καθετήρα μετά από λαπαροσκοπική συμφοσιόλυση από παιδοχειρουργούς.

Σε προγραμματισμένους τακτικούς επανελέγχους με υπερήχους άνω-κάτω κοιλίας, ο ασθενής δεν εμφάνισε υποτροπή της ψευδοκύστης, ούτε κατ' επέκταση δυσλειτουργία της βαλβίδας υδροκεφάλου.

Συζήτηση

Η αναφερόμενη επίπτωση σχηματισμού ψευδοκύστης κυμαίνεται από 0,33% έως 68%. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αιτιολογία της δεν αναγνωρίζεται. Πιθανολογείται η απώλεια της απορροφητικής δυνατότητας της κοιλίας για το εγκεφαλονωτιαίο υγρό εξαιτίας συμφύσεων ή και υποκλινικής περιτονίτιδας. Δεδομένου ότι οι περισσότερες ψευδοκύστες αναγνωρίζονται αμέσως μετά την αναθεώρηση μιας βαλβίδας υδροκεφάλου, μπορεί να είναι υπεύθυνη μια λοίμωξη, ακόμα και υποκλινική. Τα πιο κοινά είδη βακτηρίων που έχουν απομονωθεί περιλαμβάνουν *Staphylococcus epidermidis* ή *Aureus* και *Propionibacterium acnes*. Η τεκ-



Εικ. 3. Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου σε εγκάρσιο επίπεδο, T2 ακολουθία χωρίς σκιαγραφικό, τρεις μήνες προ της εισαγωγής του ασθενούς.

μηριωμένη εμφάνιση λοίμωξης κυμαίνεται μεταξύ 8% και 100% στις διάφορες σειρές. Οι Egelhoff et al. αναφέρουν ότι η δημιουργία μιας ψευδοκύστης οφείλεται σε μολυσματική διεργασία, ακόμη και με την απουσία συμπτωμάτων λοίμωξης. Είναι πιθανό ότι μια λοίμωξη χαμηλού βαθμού της παροχέτευσης μπορεί να υποδιαγνωστεί με μία μόνο καλλιέργεια εγκεφαλονωτιαίου ή ότι η λοίμωξη είναι παροδική ή λανθάνουσα.

Χειρουργικές θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν την επανατοποθέτηση του περιφερικού περιτοναϊκού καθετήρα σε μια διαφορετική θέση και την εξωτερική παροχέτευση του περιτοναϊκού καθετήρα. Αν η λοίμωξη είναι παρούσα, ο καθετήρας εξωτερικεύεται και χορηγείται συστηματική αντιβακτηριακή θεραπεία. Αυτό έχει αποδειχθεί ότι είναι μια πολύ αποτελεσματική θεραπεία. Σε περίπτωση απουσίας επιβεβαιωμένης λοίμωξης, είναι δυνατή η αναθεώρηση του καθετήρα μόνο, χωρίς προηγούμενη εξωτερική παροχέτευση.

Η απομάκρυνση του καθετήρα παροχέτευσης μπορεί να οδηγήσει σε αυτόματη υποστροφή της ψευδοκύστης και την επακόλουθη τοποθέτηση του καθετήρα ξανά στο περιτόναιο. Σε μερικές περιπτώσεις, η ψευδοκύστη μπορεί να παρακολουθείται και να αποστραγγίζεται διαδερμικά αν γίνει συμπτωματική.

Συμπεράσματα

Η ψευδοκύστη αντιπροσωπεύει μια σπάνια και ασυνήθιστη επιπλοκή της κοιλιο-περιτοναϊκής παροχέτευσης υδροκεφάλου, άγνωστης αιτιολογίας στις περισσότερες των περιπτώσεων. Παράγοντες που συμβάλλουν στη μειωμένη απορρόφηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού περιλαμβάνουν την λοίμωξη, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στην κοιλία ή πολλαπλές αναθεωρήσεις του βαλβιδικού συστήματος.

Ο σχηματισμός της ψευδοκύστης μπορεί να αντιπροσωπεύει μια μη μολυσματική περιτοναϊκή αντίδραση, που συνδέεται με μια χρόνια φλεγμονώδη διαδικασία, που είναι ελάχιστα κατανοητή.

Abstract

Kokkalis P, Chamilos C, Sgouros S. Abdominal pseudocyst in a child with ventriculoperitoneal shunt for hydrocephalous. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 292-294

Abdominal cerebrospinal fluid (CSF) pseudocysts are reported to occur in <1% of ventriculoperitoneal shunts. Management options include various types of shunt revisions with or without aspiration or excision of the pseudocyst. We report a case in which laparoscopy was utilized in a 5-year-old boy to excise a portion of the pseudocyst, remove the shunt catheter tip from the residual pseudocyst, and reposition it in the peritoneal cavity. The patient experienced no complications from the procedure, and there has been no recurrence of the pseudocyst after 6 months of follow-up observation.

Βιβλιογραφία

1. Arnell K, Olsen L. *Distal catheter obstruction from non-infectious cause in ventriculo-peritoneal shunted children*. Eur J Pediatr Surg. 2004; 14: 245-249.
2. Coley BD, Shiels WE 2nd, Elton S, et al. *Sonographically guided aspiration of cerebrospinal fluid pseudocysts in children and adolescents*. AJR Am J Roentgenol. 2004; 183: 1.507-1.510.
3. Ersahin Y, Mutluer S, Tekeli G. *Abdominal cerebrospinal fluid pseudocysts*. Childs Nerv Syst. 1996; 12: 755-758.
4. Gaskill SJ, Marlin AE. *Pseudocysts of the abdomen associated with ventriculoperitoneal shunts: A report of twelve cases and a review of the literature*. Pediatr Neurosci. 1989; 15: 23-26. discussion 26-27.

Κύστεις μεσεντερίου

Γιώργος Σπυρίδης

Παιδοχειρουργός, Διευθυντής Κλινικής Παιδοχειρουργικής Ογκολογίας Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
gspyridis@hotmail.com

Παναγιώτης Καραμαρίτης

Παιδοχειρουργός, Επιστ. Συνεργάτης Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
pkaramaritis@hotmail.com

Νικολέττα Γκαβέρα

Παιδοχειρουργός, Επιμελήτρια Κλινικής Παιδοχειρουργικής Ογκολογίας Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
nikoletta.gkavera@gmail.com

Οι κύστεις του μεσεντερίου είναι καλοήθειες λεμφαγγειακές βλάβες που ευθύνονται για 1:20.000 εισαγωγές παιδιών σε νοσοκομεία. Παρουσιάζονται τρεις χαρακτηριστικές περιπτώσεις στις οποίες επιστρατεύθηκαν οι τρεις διαθέσιμες διαφορετικές χειρουργικές τεχνικές.

► **Περίπτωση 1:** Τελειόμνη νεογνό με προγεννητική διάγνωση κυστικής ενδοκοιλιακής βλάβης. Το εύρημα επιβεβαιώθηκε με υπερηχογράφημα μετά τη γέννηση. Την 4η ημέρα ζωής, το μωράκι οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου διαπιστώθηκε η παρουσία μισχωτής ορώδους κύστης του μεσεντερίου του εγγύς ειλεού (εικόνα 1). Έγινε απλή απολίνωση του μίσχου και αφαίρεση της κύστης. Η μετεχειρηπτική περίοδος υπήρξε ομαλή. Την επομένη το νεογνό άρχισε να επανασιτίζεται.

► **Περίπτωση 2:** Τελειόμνη βρέφος, 3 μηνών, αγόρι, εισήχθη σε νοσοκομείο λόγω άρνησης λήψης τροφής και αναστολής κενώσεων. Σε υπερηχογράφημα ανεδείχθη κυστικός σχηματισμός κάτω κοιλίας. Ακολούθησε MRI που τοποθετούσε τη βλάβη ενδεχομένως στο κατίον κόλο. Ακολούθησε λαπαροτομία. Ανευρέθηκε κυστική βλάβη μεσεντερίου, που περιέβαλλε μερικώς το εμπλεκόμενο τμήμα του τελικού ειλεού και εκτεινόταν έως τη ρίζα του μεσεντερίου (εικόνας 2, 3). Έγινε εντερεκτομή μαζί με



Εικ. 1. Μισχωτή ορώδης κύστη μεσεντερίου του εγγύς ειλεού.

ολόκληρο το εμπλεκόμενο μεσεντέριο έως τη ρίζα του και τελικοτελική αναστόμωση. Μετεχειρηπτικά το βρέφος επανασιτίστηκε ομαλά και επέστρεψε στο σπίτι. Την 7η μετεχειρηπτική ημέρα, όμως, παρουσίασε συμπτώματα εντερικής απόφραξης. Σε υπερηχογράφημα διαπιστώθηκε εγκολεασμός του εντέρου και το βρέφος οδηγήθηκε εκ νέου στο χειρουργείο, όπου διαπιστώθηκε εγκολεασμός σε μεγάλο μήκος (7 εκ.) νήσιδος σε απόσταση από την αναστόμωση, της οποίας η βατότητα επαναεπιβεβαιώθηκε. Ο εγκολεασμός ανατάχθηκε ευχερώς με χειρισμούς. Η μετεχειρηπτική περίοδος υπήρξε ομαλή. Σε επανέλεγχο σε 6 μήνες δεν διαπιστώθηκε παρουσία υπολειμματικής νόσου ή υποτροπής.

► **Περίπτωση 3:** Τελειόμνη βρέφος, 7 μηνών, κορίτσι, διαγνώστηκε με κυστικό μόρφωμα κάτω κοιλίας, μέσης γραμμής, σε τυχαίο έλεγχο με υπερηχογράφημα λόγω ουρολοιμώξεως. Το μόρφωμα παρεκτόπιζε πρόσθια την ουροδόχο κύστη και οπισθίως και αριστερά το ορθό έντερο. Οι ωσθήκες απεικονίζονταν φυσιολογικές. Στη χειρουργική διερεύνηση διαπιστώθηκε παρουσία ορώδους κύστης μεσεντερίου, διαμέτρου 6 εκ. περίπου, στη μετάπτωση σιγμοειδούς/ορθού και αμέσως κεντρικά της ανάκαμψης του περιτοναίου. Η εντερεκτομή προφανώς δεν ήταν επιλογή. Αποφασίστηκε και εκτελέστηκε προσεκτική παρα-



Εικ. 2, 3. Κυστική βλάβη μεσεντερίου που περιβάλλει μερικώς το εμπλεκόμενο τμήμα του τελικού ειλεού και εκτείνεται έως τη ρίζα του μεσεντερίου.

σκευή της λεπτής ορώδους κύστης από την αγγείωση του ορθοσιγμοειδούς. Επιτεύχθηκε ολική εκτομή της κύστης με πλήρη διατήρηση της αγγείωσης του εντέρου. Μετεγχειρητικά το βρέφος σταδιακά επανασυτήθηκε από την επομένη και εξήλθε την τρίτη μετεγχειρητική μέρα. Σε επανέλεγχο μετά 3 μήνες δεν διαπιστώθηκε παρουσία υπολειμματικής βλάβης ή υποτροπής.

Συζήτηση

Η μέση ηλικία των παιδιών που διαγιγνώσκονται με κύστη μεσεντερίου είναι τα 5 έτη και το μέγεθος των κύστεων μπορεί να κυμαίνεται από κάποια χιλιοστά έως και 40 εκ. Σε ποσοστό 60% εντοπίζονται στο λεπτό έντερο, 25% στο παχύ έντερο και 15% στο οπίσθιο περιτόναιο. Τα παιδιά με κύστη μεσεντερίου εισάγονται στο νοσοκομείο επειγόντως λόγω εντερικής απόφραξης, συστροφής του εντέρου, αιμορραγίας μέσα στην κύστη, και είτε λόγω φλεγμονής ή ρήξης ή συστροφής της κύστης.

Η απεικόνιση εκλογής είναι το υπερηχογράφημα. Η α-

ξονική ή η μαγνητική τομογραφία συνεισφέρουν ελάχιστα επιπλέον στοιχεία σε σχέση με το υπερηχογράφημα.

Η θεραπεία είναι αποκλειστικά χειρουργική και εξαρτάται από τη μορφολογία της κύστης, τη θέση της και τη σχέση της με το εμπλεκόμενο έντερο ή το οπίσθιο περιτόναιο. Χαρακτηριστικά, στο 50%-60% των περιπτώσεων η εκτομή συνοδεύεται από εντερεκτομή, ενώ το ποσοστό υποτροπής ανέρχεται στο 15%. Το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλότερο σε περιπτώσεις όπου η εκτομή είναι ατελής ή εμπλέκεται σημαντικά το οπίσθιο περιτόναιο.

Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας, οι κύστεις μεσεντερίου μπορεί να παρουσιαστούν σε ποικιλία μορφών και θέσεων και συνήθως οι ιδιαιτερότητες του κάθε περιπτώσεως γίνονται αντιληπτές μόνο μέσα στο χειρουργείο. Εκεί ο χειρουργός θα πρέπει να είναι έτοιμος να προσαρμόσει τη χειρουργική θεραπεία ώστε να επιτευχθεί εκτομή με το μικρότερο δυνατό «κόστος» για τον μικρό ασθενή.

Abstract

Spyridis G, Karamaritis P, Nikoleta Gavera. Mesenteric cysts. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 295-296

Mesenteric cysts are responsible for approximately 1:20,000 pediatric hospital admissions. They are of lymphatic origin, can be of serous or lymphatic content and involve mesentery to a varying extent ranging from just pedunculated cysts «hanging» from the mesentery to malformations occupying completely the root of the mesentery and retroperitoneum. Ultrasound is the imaging modality of choice with extra imaging adding very little valuable information. Resection is tailored to case during laparotomy. We present three cases with different types of mesenteral cysts that required different type of surgery in order to be resected.

Βιβλιογραφία

1. Chang TS, Ricketts R, Abramowsky CR, et al. *Mesenteric cystic masses: a series of 21 pediatric cases and review of the literature*. *Fetal Pediatr Pathol*, 2011; 30 (1): 40-44.
2. Alqahtani A, Nguyen LT, Flageole H. *25 years' experience with lymphangiomas in children*. *J Pediatr Surg*. 1999; 34(7): 1.164-1.168.
3. Maung M, Saing H. *Intestinal volvulus: an experience in a developing country*. *J Pediatr Surg*, 1995; 30 (5): 679-681.
4. Lockhart C, Kennedy A, Ali S, et al. *Mesenteric cysts: a rare cause of abdominal pain*. *Ulster Med J*. 2005; 74 (1): 60-62.
5. Hebra A, Brown MF, McGeehin KM, et al. *Mesenteric, omental, and retroperitoneal cysts in children: a clinical study of 22 cases*. *South Med J*, 1993; 86 (2): 173-176.
6. Lee DL, Madhuvrata P, Reed MW, et al. *Chylous mesenteric cyst: A diagnostic dilemma*. *Asian J Surg*, 2013; 13.

Η χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας ωτικής φλεγμονής στα παιδιά

Ιάκωβος Γ. Πετμεζάκης

Ωτορινολαρυγγολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Παν/μίου Αθηνών, Συντονιστής Διευθυντής ΩΡΛ Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ
iatrikipisti@gmail.com

Κωνσταντίνος Ν. Παπακώστας

Ωτορινολαρυγγολόγος, Διευθυντής ΩΡΛ Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ
parak_k@yahoo.gr

Πέτρος Β. Βλασταράκος

Ωτορινολαρυγγολόγος, Επιμελητής ΩΡΛ Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ
pevlast@hotmail.com

Η οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα, δηλαδή η φλεγμονή του τυμπάνου και της κοιλότητας του μέσου ωτός, είναι η συχνότερη αιτία χορήγησης αντιβιοτικής θεραπείας στα παιδιά. Υπολογίζεται ότι το 80% των παιδιών θα εμφανίσουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας μέχρι την ηλικία των 3 ετών, ενώ, σε ποσοστό 40%, 6 ή περισσότερα επεισόδια μέχρι την ηλικία των 7 ετών.

Το συχνότερο ιογενές αίτιο οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας είναι ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV), ενώ συχνότερα αίτια μικροβιακής λοίμωξης αποτελούν ο πνευμονιόκοκκος (*Streptococcus pneumoniae*), ο αιμόφιλος της ινφλουένζας (*Haemophilus influenzae*) και η καταρροϊκή μοραξέλλα (*Moraxella catarrhalis*).

Παρά τη μεγάλη συχνότητά της στα παιδιά, η οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα είναι σχετικά εύκολα αντιμετωπίσιμη, με την από του στόματος χορήγηση αντιβιοτικών. Μόνο σε περίπτωση εξαιρετικά επηρεασμένου παιδιού, είτε με υψηλό πυρετό, έντονη κακουχία και επηρεασμένα εργαστηριακά αποτελέσματα εξ αρχής, είτε χωρίς βελτίωση (ή και επιδείνωση σε μερικές περιπτώσεις) της κλινικής ή και εργαστηριακής του εικόνας μετά την πάροδο 48 ωρών από την έναρξη της θεραπείας, θα απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση από τον ωτορινολαρυγγολόγο. Αυτή συνίσταται σε εκτέλεση ευρείας μυριγγοτομής με χρήση μικροσκοπίου στην περιοχή του πρόσθιου-κάτω ή του οπίσθιου-κάτω τεταρτημορίου της τυμπανικής μεμβράνης, για την εκτόνωση της κοιλότητας του μέσου ωτός από το πυώδες έκκριμα. Συγχρόνως, λαμβάνεται υλικό για καλλιέργεια, με σκοπό η περαιτέρω αντιβιοτική αγωγή να γίνει βάσει του αντιβιογράμματος που θα προκύψει.

Σπανιότερα, η επινέμηση των αεροφόρων κυψελών της μαστοειδούς απόφυσης κατά τη διαδρομή ενός επεισοδίου

οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας, μπορεί να οδηγήσει σε οξεία φλεγμονή τους και εμφάνιση μαστοειδίτιδας. Κλινικά το παιδί εμφανίζει ερυθρότητα και οίδημα στη σύστοιχη οπισθοωτιαία χώρα και παρεκτόπιση του ωτικού πτερυγίου προς τα κάτω και εμπρός. Η ψηλάφηση, δε, οπισθοωτιαίας διόγκωσης θέτει την υπόνοια ότι η φλεγμονή των κυψελών της μαστοειδούς έχει προκαλέσει οστεομυελίτιδα και διάβρωσή τους, με συνακόλουθη συλλογή πύου αμέσως κάτω από το περίοστεο της μαστοειδούς (υποπεριστοϊκό απόστημα).

Στη σύγχρονη εποχή των αντιβιοτικών η συχνότητα της οξείας μαστοειδίτιδας κυμαίνεται μεταξύ 1,2-6,1/100.000 κατοίκους στις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό αποτελεί σαφώς στατη βελτίωση σε σχέση με την προ των αντιβιοτικών περίοδο, κατά την οποία περίπου το 20% των επεισοδίων οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας κατέληγε σε οξεία μαστοειδίτιδα, ενώ δεν ήταν σπάνια και η εμφάνιση ενδοκράνιων επιπλοκών.

Η οξεία μαστοειδίτιδα είναι χειρουργική πάθηση. Το παιδί θα πρέπει να υποβληθεί σε μαστοειδεκτομή, δηλαδή εκκαφή των αεροφόρων κυψελών της μαστοειδούς, με χρήση μικροσκοπίου και χειρουργικού μικροτρυπάνου. Η προσπέλαση της μαστοειδούς γίνεται με οπισθοωτιαία τομή. Χρησιμοποιείται νευροδιεγέρτης για την επιβεβαίωση της πορείας του σύστοιχου προσωπικού νεύρου, το οποίο δυνατόν να είναι αποκεκαλυμμένο και ως εκ τούτου ευπρόσβλητο τόσο στο τοξικό πυώδες έκκριμα όσο και στους χειρουργικούς χειρισμούς. Αναγνωρίζεται η περιοχή της εισόδου στο μαστοειδές άντρο, που συχνότατα είναι αποφραγμένη από φλεγμονώδη σαρκία, τα οποία και απομακρύνονται.

Όπως είναι ευνόητο, το χειρουργικό πεδίο δεν είναι

αναίμακτο, πράγμα το οποίο δυσχεραίνει τους χειρουργικούς χειρισμούς. Αναγνωρίζεται ο οριζόντιος ημικύκλιος σωλήνας και το βραχύ σκέλος του άκμονα και έτσι ο χειρουργός προσανατολίζεται σε ό,τι αφορά την πορεία του προσωπικού νεύρου, κάτι το οποίο επιβεβαιώνει και η νευροδιέγερση. Κατόπιν καθαρίζονται όλες οι πάσχουσες κυψέλες της μαστοειδούς από το πύον, τοποθετείται παροχέτευση και το τραύμα συγκλείεται.

Οι γενικές αρχές

Σε γενικές γραμμές ο ωτορινολαρυγγολόγος που πρόκειται να αντιμετωπίσει ένα επεισόδιο οξείας μαστοειδίτιδας σε έναν παιδιατρικό ασθενή θα πρέπει να έχει υπόψη τις εξής συμβουλές:

- ▶ Της επέμβασης προηγείται απεικόνιση των λιθοειδών οστών με χρήση αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας. Η μαγνητική τομογραφία θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι πλεονεκτεί, καθώς μας δείχνει το ύψος της μίνιγγας του μέσου κρανιακού βόθρου, βοηθώντας μας να την αποφύγουμε διεγχειρητικά, και το αν αυτή φλεγμαίνει ή όχι.
- ▶ Η χρήση νευροδιεγέρτη είναι απαραίτητη. Όμως, ο νευροδιεγέρτης επιβεβαιώνει την πορεία του προσωπικού νεύρου με τη βοήθεια και των χειρουργικών οδηγιών σημείων και δεν πρέπει να αποτελεί αποκλειστικό στοιχείο προσανατολισμού του χειρουργού. Προσοχή πρέπει επίσης να δίνεται στο να μην υπάρχει μωχάλαση κατά τη

διέγερση του προσωπικού νεύρου.

- ▶ Πέραν της οξείας μαστοειδίτιδας, υπάρχουν και άλλες δυνητικές επιπλοκές της οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας στο παιδί που πάσχει. Αυτές διακρίνονται σε ενδοκρανιακές (πάρηση προσωπικού νεύρου, ορώδης ή πυώδης λαβυρινθίτιδα, οξεία λιθοειδίτιδα) και ενδοκρανιακές (μηνιγγίτιδα, εξω- ή υπο-μηνιγγικό απόστημα, εγκεφαλικό απόστημα, ή θρόμβωση σιγμοειδούς κόλπου). Οι επιπλοκές αυτές απαιτούν έγκαιρη αναγνώριση και, κατά περίπτωση, χειρουργική αντιμετώπιση.
- ▶ Μετεγχειρητικά το παιδί θα πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο τουλάχιστον για μία εβδομάδα, προκειμένου να λάβει ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή.

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, παρά την πρόοδο της αντιβιοτικής θεραπείας της οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας, ο ωτορινολαρυγγολόγος θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος για ενδεχόμενη χειρουργική αντιμετώπιση ενός επεισοδίου οξείας ωτικής φλεγμονής. Η έγκαιρη αναγνώριση ενός εξαρχής τοξικού παιδιού, η έγκαιρη διαπίστωση μη βελτίωσης (ή επιδείνωσης) της κλινικής εικόνας ενός παιδιού υπό αγωγή, καθώς και η εμφάνιση επιπλοκών της οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας είναι ενδείξεις άμεσης χειρουργικής παρέμβασης για την αποφυγή περαιτέρω επικίνδυνων για τη ζωή του παιδιού καταστάσεων.

Abstract

Petmezakis J, Papakostas K, Vlastarakos PV. The surgical treatment of acute ear infection in children. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 297-299

Acute otitis media represents the most common indication for antibiotic therapy in children. Conservative treatment is usually effective, although infra-temporal (acute mastoiditis or subperiosteal abscess, facial nerve palsy, serous or purulent labyrinthitis, acute petrositis), or intra-cranial complications (meningitis, extra- or sub-dural abscess, brain abscess, sigmoid sinus thrombosis) may occur. A child presenting with toxic appearance, not improving (or deteriorating) despite appropriate antibiotic treatment, or the occurrence of the aforementioned complications are indications of immediate surgical intervention, to avoid further life-threatening conditions.

Βιβλιογραφία

1. Αδαμόπουλος Γ. *Ωτορινολαρυγγολογία και χειρουργική κεφαλής και τραχήλου*. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2001.
2. Wald ER. *Acute otitis media and acute bacterial sinusitis*. Clin Infect Dis. 2011; 52: S277-283.
3. Teele DW, Klein JO, Rosner B. *Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study*. J Infect Dis. 1989; 160: 83-94.
4. Vergison A, Dagan R, Arguedas A, et al. *Otitis media and its consequences: beyond the earache*. Lancet Infect Dis. 2010; 10: 195-203.

5. Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, et al. *Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates*. PLoS ONE, 2012; 7: e36.226.
6. Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, et al. *Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review*. JAMA, 2010; 304: 2.161-2.169.
7. Heikkinen T, Thint M, Chonmaitree T. *Prevalence of various respiratory viruses in the middle ear during acute otitis media*. N Engl J Med, 1999; 340: 260-264.
8. Groth A, Enoksson F, Hultcrantz M, et al. *Acute mastoiditis in children aged 0-16 years-a national study of 678 cases in Sweden comparing different age groups*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2012; 76: 1.494-1.500.
9. Vassbotn FS, Klausen OG, Lind O, Moller P. *Acute mastoiditis in a Norwegian population: a 20 year retrospective study*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2002; 62: 237-242.

Μερική Σπληνεκτομή σε κύστη σπληνός

Γιώργος Σπυρίδης

Παιδοχειρουργός, Διευθυντής Κλινικής Παιδοχειρουργικής Ογκολογίας Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
gspyridis@hotmail.com

Παναγιώτης Καραμαρίτης

Παιδοχειρουργός, Επιστ. Συνεργάτης Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
pkaramaritis@hotmail.com

Νικολέττα Γκαβέρα

Παιδοχειρουργός, Επιμελήτρια Κλινικής Παιδοχειρουργικής Ογκολογίας, Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
nikoletta.gkavera@gmail.com

Στα παιδιά, λόγω του σοβαρού κινδύνου εκδήλωσης του, απειλητικού για τη ζωή, Συνδρόμου της Μετά τη Σπληνεκτομή Σπλαιμίας (PSS), η δυνατότητα Μερικής Σπληνεκτομής (ΜΣ) αντί της ολικής σπληνεκτομής (ΟΣ) δίνει μεγαλύτερα περιθώρια ευελιξίας σε έναν αριθμό από προβλήματα που σχετίζονται με τον σπλήνα.

Υλικό

Παρουσιάζουμε την περίπτωση αγοριού 5χρονών που, στο πλαίσιο ελέγχου υποτροπιάζοντος κοιλιακού άλγους, βρέθηκε με κύστη σπληνός 10 εκ. που καταλάμβανε το σύνολο του σπληνός πλην του κάτω πόλου (εικόνα 1). Το παιδί υπεβλήθη σε μερική σπληνεκτομή κατά την οποία διατηρήθηκε το 20% του σπληνικού παρεγχύματος (εικόνα 2), βασισόμενη στην αιμάτωση του κάτω πόλου. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής βγήκε από το νοσοκομείο την τρίτη μετεγχειρητική μέρα. Δύο χρόνια μετά, το σπληνικό κολόβωμα παραμένει υγιές με τάση σταδιακής αύξησης του όγκου του. Ο σπλήνας είναι λειτουργικός και καλύπτει πλήρως της ανάγκες του ασθενούς.

Συζήτηση

Μεγάλη εμπειρία στη ΜΣ έχει αποκτηθεί σε παιδιά με Συγγενή Αιμολυτικά Σύνδρομο (ΣΑΣ), όπως η Συγγενής

Σφαιροκυττάρωση (ΣΣ) και η Συγγενής Δρεπανοκυτταρική Αναιμία (ΣΔΑ). Σε αυτές τις περιπτώσεις, στη μεν ΣΣ η ΜΣ προσφέρει μόνιμη βελτίωση των αιματολογικών δεικτών, εφάμιλλη με αυτήν της ολικής σπληνεκτομής, χωρίς όμως τον κίνδυνο PSS. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί πως το ενδεχόμενο PSS παραμένει υπαρκτό στα παιδιά που έχουν υποβληθεί σε ΟΣ παρά τους σχετικούς εμβολιασμούς που έχουν προηγηθεί. Σε παιδιά με ΣΔΑ, παρότι η ΜΣ δεν προσφέρει βελτίωση αιματολογικών δεικτών, έχει αποδειχθεί πως βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής, μειώνοντας για παράδειγμα τη συχνότητα των μεταγγίσεων. Στόχος κατά τη ΜΣ είναι να διατηρηθεί το 10%-15% του όγκου του σπληνός. Ο όγκος αυτός θεωρείται πως αποτελεί τη χρυσή τομή ώστε το παιδί να προστατευθεί από το PSS, περιορίζοντας ταυτόχρονα την ανεπιθύμητη αιμόλυση.

Η έτερη σημαντική εφαρμογή της ΜΣ βρίσκεται στην αντιμετώπιση των κύστεων του σπληνός. Κύστεις σπληνός διαγιγνώσκονται στα παιδιά σε ηλικία κατά μέσο όρο 11 χρονών και είναι στην πλειονότητά τους συγγενείς, με δεύτερη συχνότερη αιτία παλαιό τραυματισμό του σπληνός. Ένα μικρό ποσοστό αυτών είναι αμαρτώματα. Σε γενικές γραμμές έως το μέγεθος των 5 εκ. οι βλάβες αυτές παρακολουθούνται λόγω μικρής πιθανότητας να παρουσιάσουν



Εικ. 1. Κύστη σπληνός (βέλος). Καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του σπληνός.



Εικ. 2. Σπλήνας προ της μερικής σπληνεκτομής. Τα βέλη σημειώνουν τη γραμμή διαχωρισμού μεταξύ αιματούμενου και μη μέρους. Το κατώτερο τμήμα είναι αυτό που θα διατηρηθεί.

κάποια επιπλοκή. Εάν όμως γίνουν συμπτωματικές, με κοιλιακό πόνο, ρήξη και αιμορραγία, ή σε περίπτωση που παρουσιάζουν τάσεις αύξησης, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Η ΜΣ αποτελεί την ιδανική λύση, καθώς οποιαδήποτε άλλο (μερική εκτομή της κύστης, σκληρυντική αγωγή με χημικά μέσα) συνεπάγεται είτε υψηλά ποσοστά υποτροπής ή πιθανότητα PSS εάν επιλεγεί η ΟΣ.

Ως προς την τεχνική να σημειωθεί ότι, λόγω της πολλαπλής αιμάτωσής του σπληνός, υπάρχουν πολλές λύσεις ως προς το ποιο τμήμα και πόσο όγκο επιθυμούμε να διατηρήσουμε. Τα τελευταία χρόνια επιλέγεται συχνά η λύση της Λαπαροσκοπικά Υποβοηθούμενης ΜΣ (ΛΥΜΣ). Η μέθοδος υπερέρχει έναντι της Ανοικτής ΜΣ (ΑΜΣ) ως προς το αισθητικό αποτέλεσμα και τον βραχύτερο μέσο χρόνο νοσηλείας (2 ημέρες vs 3 ημέρες). Σημειώνεται, όμως,

πως στην περίπτωση των ΣΑΣ υπάρχει η τάση διατήρησης μεγαλύτερου, του επιθυμητού, όγκου σπληνός και γενικά διεγχειρητικά μεγαλύτερη μέση απώλεια αίματος σε σύγκριση με την ΑΜΣ. Τέλος, το ποσοστό μετατροπής της ΛΥΜΣ σε ΑΜΣ είναι υψηλό και ανέρχεται σε 40%.

Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας, η ΜΣ είναι ένα ασφαλές, με χαμηλό δείκτη επιπλοκών, πολύτιμο εργαλείο στη φαρέτρα του κλινικού ιατρού, με υψηλό βαθμό ευελιξίας ως προς το τμήμα και τον όγκο του σπληνός που επιθυμούμε να διατηρήσουμε. Η τεχνική και το ποσοστό του σπληνός που θα διατηρηθεί, θα πρέπει να προσαρμόζεται στον κάθε ασθενή μετά από συζήτηση με τους γονείς και τους θεράποντες αιματολόγους στην περίπτωση ΣΑΣ.

Abstract

Spyridis G, Karamaritis P, Nikoleta Gavera. Partial Splenectomy in a case of large splenic cyst. Iatrika Analekta, 2017; 6: 300-301

In children due to the higher incidence of the life-threatening syndrome of Post-Splenectomy Sepsis (PSS), in general, Partial Splenectomy (PS) is preferred over the more popular in adults Total Splenectomy (TS). We present the case of a 5yo boy found, during recurrent abdominal pain work-up, with a 10 cm splenic cyst. Cyst occupied most of the spleen, sparing only the lower splenic portion. An Open Partial Splenectomy (OPS) was performed preserving the lower 20% of the spleen. PS has been proven its usefulness mainly in children with Congenital Hemolytic Syndromes and this is where most of the surgical experience has been drawn. It has been developed into a safe operation that can be performed either as an open or a laparoscopically assisted procedure with both methods having advantages and disadvantages that have to be weighted in and discussed with patients before decision is reached.

Βιβλιογραφία

1. Englum BR, Rothman J, Leonard S, et al. *Hematologic outcomes after total splenectomy and partial splenectomy for congenital hemolytic anemia.* J Pediatr Surg. 2016; 51: 122-127.
2. Rise HE, Oldhan KT, Hillery CH, et al. *Clinical and Hematologic Benefits of Partial Splenectomy for Congenital Hemolytic Anemias in Children.* Ann Surg. 2003; 237: 281-288.
3. Sinha CK, Agraval M. *Nonparasitic splenic cysts in children: Current status.* Surgeon, 2011; 9: 49-53.
4. Schier F, Waag KL, Ure B. *Laparoscopic unroofing of splenic cysts results in a high rate of recurrences.* J Pediatr Surg, 2007; 42: 1.860-1.863.
5. Czauderna P, Vajda P, Schaarschmidt K, et al. *Nonparasitic splenic cysts in children: a multicentric study.* Eur J Pediatr Surg, 2006; 16: 415-419.

Μυοεπιθηλιακός όγκος μαλακών μορίων

Εύη Βασιλειάδου

Παιδοχειρουργός, Επιμελήτρια Β' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
evivasiliadou@hotmail.com

Αδάμος Σάββα

Πλαστικός Χειρουργός, Συνεργάτης Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παίδων ΜΗΤΕΡΑ
savvaadamos@hotmail.com

Οι μυοεπιθηλιακοί όγκοι (ΜΟ) είναι εξαιρετικά σπάνιοι όγκοι της παιδικής ηλικίας, που αρχικά περιγράφηκαν στους σιελογόνους αδένες. Το 1997 περιγράφηκαν για πρώτη φορά στα μαλακά μόρια από τους Kilpatrick et al. Οι άρρενες και οι θήλεις προσβάλλονται εξίσου σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και βλάβες προκύπτουν πιο συχνά στα κάτω άκρα. Τα μορφολογικά και βιολογικά χαρακτηριστικά αυτών των όγκων έχουν περιγραφεί καλύτερα σε πρόσφατες δημοσιεύσεις.

Περιγραφή περίπτωσης

Θήλυ 4 ετών προσέρχεται με ψηλαφητή μάζα στη μεσό-τητα του δεξιού μηρού, στην έσω επιφάνεια, από δεκαπενθήμερου. Αρχικά αντιμετωπίστηκε ως φλεγμονή με χορήγηση από το στόμα αντιβίωσης για 10 μέρες χωρίς αλλαγή της κλινικής του εικόνας. Σε επαναλαμβανόμενο υπερηχογραφικό έλεγχο τέθηκε υπόνοια, υπό τήξη, λεμφαδένα. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο για αφαίρεση της μάζας. Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου διαπιστώθηκε σκληρή συμπαγής λεία μάζα, ευχερώς παρασκευαζόμενη, μεγέθους περίπου 3x4 cm. Η μάζα αφαιρέθηκε μακροσκοπικά ολικώς και η ιστολογική της ανέδειξε μυοεπιθηλιακή βλάβη στο φάσμα του μυοεπιθηλιώματος και μυοεπιθηλιακού καρκινώματος, χωρίς σαφή στοιχεία κακοήθειας. Μετά το αποτέλεσμα της ιστολογικής, η ασθενής υποβλήθηκε σε έλεγχο με μαγνητική και

αξονική τομογραφία θώρακος, κοιλίας, κάτω άκρων, που δεν ανέδειξαν άλλες παθολογικές καταστάσεις. Λόγω της αυξημένης πιθανότητας τοπικής υποτροπής, οδηγήθηκε εκ νέου στο χειρουργείο για πιο ευρεία εκτομή. Η νέα ιστολογική δεν ανέδειξε κάτι παθολογικό.

Στο πλαίσιο της παρακολούθησης η ασθενής υποβλήθηκε σε νέο υπερηχογραφικό τοπικό έλεγχο, που δεν ανέδειξε οποιαδήποτε υποτροπή στους τρεις μήνες.

Συζήτηση

Οι μυοεπιθηλιακοί όγκοι των μαλακών μορίων είναι εξαιρετικά σπάνιοι. Την τελευταία δεκαετία έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα. Οι όγκοι ταξινομούνται ως μικτού τύπου όγκοι, μυοεπιθλιώμα και μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα μαλακών ιστών. Οι όγκοι που έχουν τουλάχιστον μέτρια κυτταρολογική ατυπία ταξινομούνται ως κακοήθεις. Οι μικτού τύπου όγκοι και το μυοεπιθλιώμα δείχνουν καλοήγη κλινική συμπεριφορά, με υποτροπή σε ποσοστό έως 20% (τοπικά σε ατελή εκτομή) και δεν κάνουν μετάσταση. Σε αντίθεση, τα μυοεπιθηλιακά καρκινώματα δείχνουν πιο επιθετική συμπεριφορά, με υποτροπή και μετάσταση σε ποσοστό μέχρι 40%-50% των περιπτώσεων. Περίπου το 20% των ΜΟ μαλακών μορίων συμβαίνουν στα παιδιά και από αυτά το 65% είναι κακοήγη.

Οι παιδιατρικοί όγκοι αυτού του τύπου πιο συχνά εμφανίζονται στα άκρα και στον κορμό, ενώ οι περισσότεροι αποτελούν ετερογενούς τύπου όγκους. Σε μια σειρά, στη διεθνή αγγλόφωνη βιβλιογραφία, αναφέρονται 29 περι-



Εικ. 1. Εγχειρητικό παρασκεύασμα.



Εικ. 2. Ευρεία εκτομή όγκου.

πτώσεις μυοεπιθηλιακού καρκινώματος μαλακών μορίων, ενώ η πλειονότητα των όγκων (27%-93%) αποτελείται από έναν ετερογενή πληθυσμό κυττάρων του όγκου και η επιθηλιοειδής μορφολογία κυριαρχούσε στο 93% των περιπτώσεων.

Το 10% των περιπτώσεων είχε αδιαφοροποίητα στρωγυλά κύτταρα. Από τους 23 ασθενείς με διαθέσιμη παρακολούθηση, 9 (39%) ασθενείς ανέπτυξαν τοπική υποτροπή (8 ασθενείς με οριακή εκτομή, 1 με ευρεία εκτομή), ενώ 12 (52%) ανέπτυξαν απομακρυσμένες μεταστάσεις και 10 (43%) ασθενείς απεβίωσαν λόγω της ασθένειας.

Συνήθεις θέσεις μετάστασης ήταν οι πνεύμονες, ο υπεζωκότας, οι λεμφαδένες, τα οστά, το ήπαρ, ο εγκέφαλος, το δέρμα και οι μαλακοί ιστοί. Τα ΜΟ στα παιδιά έχουν την τάση να αυξάνονται γρήγορα σε μέγεθος και να εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα τοπικής υποτροπής.

Συμπέρασμα

Οι μυοεπιθηλιακοί όγκοι των μαλακών μορίων είναι εξαιρετικά σπάνιοι. Το μυοεπιθηλίωμα έχει καλοήγη κλινική συμπεριφορά. Η ευρεία εκτομή του αποτελεί συνήθως και την οριστική του θεραπεία.

Abstract

Vassiliadou E, Savva A. **Myoepithelial tumors of soft tissue. Iatrika Analekta, 2017; 6: 302-303**

Myoepithelial tumors in skin and soft tissue are uncommon but have been increasingly characterized over the past decade. Men and women are equally affected across all age groups and lesions arise most frequently on the extremities and limb girdles. Approximately 20% of cases occur in pediatric patients, in whom they are frequently malignant. Similar to their salivary gland counterparts, myoepithelial tumors of soft tissue demonstrate heterogeneous morphologic and immunophenotypic features. Tumors are classified as mixed tumor, myoepithelioma, and myoepithelial carcinoma; in soft tissue, tumors having at least moderate cytologic atypia are classified as malignant. Mixed tumor and myoepithelioma show a benign clinical course, with recurrence in up to 20% (typically secondary to incomplete excision), and do not metastasize. In contrast, myoepithelial carcinoma shows more aggressive behavior with recurrence and metastasis in up to 40%-50% of cases.

Βιβλιογραφία

1. Kilpatrick SE, Hitchcock MG, Kraus MD, et al. *Mixed tumors and myoepitheliomas of soft tissue: a clinicopathologic study of 19 cases with a unifying concept.* Am J Surg Pathol, 1997; 21: 13-22.
2. Jo VY, Christopher D, Fletcher M. *Myoepithelial Neoplasms of Soft Tissue: An Updated Review of the Clinicopathologic, Immunophenotypic and Genetic Features.* Head. Neck Pathol, 2015; 9: 32-38.
3. Bisogno G, Tagareli A, Schiavetti A, et al. *Myoepithelial carcinoma treatment in children: A report from the TREP project.* Pediatric Blood Cancer 2014; 61: 643-646.
4. Hornick JL, Fletcher CD. *Myoepithelial tumors of soft tissue: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 101 cases with evaluation of prognostic parameters.* Am J Surg Pathol. 2003; 27: 1.183-1.196.
5. Gleason BC, Fletcher CD. *Myoepithelial carcinoma of soft tissue in children: an aggressive neoplasm analyzed in a series of 29 cases.* Am J Surg Pathol, 2007; 31: 1.813-1.824.
6. Kutzner H, Mentzel T, Kaddu S, et al. *Cutaneous myoepithelioma: an under-recognized cutaneous neoplasm composed of myoepithelial cells.* Am J Surg Pathol, 2001; 25: 348-355.
7. Jo VY, Antonescu CR, Zhang L, et al. *Cutaneous syncytial myoepithelioma: clinicopathologic characterization in a series of 38 cases.* Am J Surg Pathol, 2013; 37: 710.

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένος στα παιδιά

Μηνάς Ν. Αρτόπουλος

Ωτορινολαρυγγολόγος, Διευθυντής Τμήματος Χειρουργικής Τραχήλου-Θυρεοειδούς ΜΗΤΕΡΑ
artminas@yahoo.gr

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι η πιο κοινή ενδοκρινική κακοήθεια στα παιδιά. Συμβαίνει τέσσερις φορές πιο συχνά στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια και έχει παρόμοια χαρακτηριστικά, όπως και ο καρκίνος του θυρεοειδούς των ενηλίκων. Η χειρουργική επέμβαση είναι η προτιμώμενη θεραπεία γι' αυτόν τον καρκίνο. Οι κίνδυνοι της χειρουργικής του θυρεοειδούς περιλαμβάνουν παράλυση των φωνητικών χορδών και υπασβεστιαϊμία. Κατά συνέπεια, ένας ωτορινολαρυγγολόγος - χειρουργός κεφαλής και τραχήλου, έμπειρος σε θέματα της κεφαλής και του τραχήλου, θα πρέπει να εξετάσει το παιδί και να συζητήσει όλες τις λεπτομέρειες με τους γονείς.

Παρουσίαση περιπτώσεως

Αγόρι 15 ετών παρουσιάζεται με μικρή διόγκωση στον τράχηλο, που ανησύχησε τους γονείς του. Στην κλινική εξέταση ψηλαφήθηκε μώρφωμα στη δεξιά επιφάνεια του θυρεοειδούς χόνδρου του λάρυγγα και τέθηκε η υποψία για κύστη. Το υπερηχογράφημα τραχήλου έδειξε ότι αυτό το μώρφωμα ήταν συμπαγές, διαμέτρου 2 cm, χωρίς την παρουσία λεμφαδένων, σε επαφή με τον άνω πόλο του θυρεοειδούς αδένος και κεντρική αγγείωση. Οι γενικές εξετάσεις αίματος και αυτές του θυρεοειδούς (T3, T4, FT3, FT4, Anti-Tg, Anti-TPO, Καλσιτονίνη και Παραθορμόνη) ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Το σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς ήταν αρνητικό, ενώ η βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA) αρνητική για κακοήθεια (κατηγορία II κατά Bethesda). Το οικογενειακό ιστορικό ήταν επίσης αρνητικό. Αποφασίστηκε η ολική θυρεοειδεκτομή (εικόνα 1). Η ιστολογική εξέταση έδειξε την ύπαρξη θηλώδους καρκινώματος του θυρεοειδούς.



Εικ. 1. Χειρουργικό παρασκεύασμα του εκτομηθέντος θυρεοειδούς με τον όγκο.

Αν και το θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς στα παιδιά έχει πολύ αργή εξέλιξη, αυτή η περίπτωση είναι η εξαίρεση στον κανόνα, καθώς η διόγκωση παρατηρήθηκε το τελευταίο τρίμηνο, διάστημα εξαιρετικά μικρό για την ανάπτυξη αυτού του τύπου του καρκίνου.

Συζήτηση

Ο θυρεοειδής είναι ένας αδένος σε σχήμα πεταλούδας που βρίσκεται πάνω στην τραχεία, στο κεντρικό τραχηλικό διαμέρισμα. Έχει δύο λοβούς, που ενώνονται στη μέση με τον ισθμό. Ο θυρεοειδής εκκρίνει τρεις βασικές ορμόνες:

1. τη θυροξίνη, που περιέχει ιώδιο που απαιτείται για την ανάπτυξη και το μεταβολισμό,
2. την τριιωδοθυρονίνη (T3), που περιέχει επίσης ιώδιο και παρόμοια λειτουργία με θυροξίνη, και
3. την καλσιτονίνη, η οποία μειώνει τη συγκέντρωση του ασβεστίου στο αίμα και αυξάνει το ασβέστιο στα οστά.

Και οι τρεις από αυτές τις ορμόνες έχουν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού.

Τύποι καρκίνου του θυρεοειδούς σε παιδιά

► **Θηλώδες:** Αυτή η μορφή του καρκίνου του θυρεοειδούς εμφανίζεται σε κύτταρα που παράγουν τις θυρεοειδικές ορμόνες που περιέχουν ιώδιο. Αυτός ο τύπος είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου του θυρεοειδούς σε παιδιά και αναπτύσσεται πολύ αργά. Μπορεί να εξαπλωθεί στους λεμφαδένες και περιστασιακά εξαπλώνεται σε πιο απομακρυσμένες περιοχές.

► **Θυλακιώδες:** Αυτό το είδος του καρκίνου του θυρεοειδούς αναπτύσσεται επίσης σε κύτταρα που παράγουν τις θυρεοειδικές ορμόνες που περιέχουν ιώδιο. Η ασθένεια προσβάλλει λιγότερο συχνά τα παιδιά. Αυτό το είδος του καρκίνου του θυρεοειδούς είναι πιο πιθανό να εξαπλωθεί στον τράχηλο μέσω των αιμοφόρων αγγείων, με αποτέλεσμα ο καρκίνος να εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος, καθιστώντας την ασθένεια πιο δύσκολο να ελεγχθεί.

► **Μυελοειδές:** Αυτή η σπάνια μορφή καρκίνου του θυρεοειδούς αναπτύσσεται σε κύτταρα που παράγουν καλσιτονίνη, μια ορμόνη που δεν περιέχει ιώδιο. Αυτός ο καρκίνος

τείνει να εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος και αποτελεί το 5%-10% όλων των κακοηθειών του θυρεοειδούς. Το μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς (MTC) στον παιδιατρικό πληθυσμό συνήθως συνδέεται με το σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινούς νεοπλασίας τύπου 2 (MEN2) και διακρίνεται σε 3 υπότυπους: MEN 2A, MEN 2B και FMTC (οικογενές μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς). Όλοι οι υπότυποι συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μυελοειδούς καρκινώματος του θυρεοειδούς (MTC), ενώ οι τύποι MEN 2A και MEN 2B συνδέονται επιπλέον με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης φαιοχρωμοκυττώματος. Τέλος, ο τύπος MEN 2A συνδέεται και με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αδενώματος των παραθυρεοειδών αδένων ή υπερπλασία τους. Το σύνδρομο MEN 2 κληρονομείται με τον αυτοσωμικό επικρατούντα χαρακτήρα και οφείλεται σε μεταλλάξεις στο γονίδιο RET. Το πρωτογονίδιο RET κωδικοποιεί για έναν υποδοχέα κινάσης τυροσίνης, ο οποίος συμμετέχει στη μεταγωγή σημάτων υπεύθυνων για την κυτταρική αύξηση και διαφοροποίηση. Μεταλλάξεις στο γονίδιο RET έχουν ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση του υποδοχέα χωρίς την ύπαρξη εξωτερικού σήματος, με συνέπεια τον ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό.

► **Αναπλαστικό:** Αυτός είναι ο ταχύτερα αναπτυσσόμενος των καρκίνων του θυρεοειδούς με άτυπα, μη φυσιολογικά κύτταρα, που αναπτύσσονται και εξαπλώνονται γρήγορα, ειδικά σε τοπικό επίπεδο στον τράχηλο. Αυτή η μορφή

καρκίνου δεν παρατηρείται σε παιδιά.

Συμπτώματα - διάγνωση

Τα συμπτώματα αυτής της ασθένειας ποικίλλουν. Το παιδί μπορεί να έχει ένα αίσθημα κόμπου στο λαιμό, επίμονη διόγκωση των λεμφαδένων, αίσθημα πνιγμονής, δυσκολία στην αναπνοή, την κατάποση και βραχνάδα.

Αν εμφανιστεί οποιοδήποτε από αυτά τα συμπτώματα, θα πρέπει να αξιολογηθούν από τον εξειδικευμένο ωτορινολαρυγγολόγο. Η αξιολόγηση θα πρέπει να αποτελείται από κλινική εξέταση της κεφαλής και του τραχήλου, ώστε να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν ασυνήθιστα εξογκώματα. Εξέταση αίματος μπορεί να πληροφορήσει για τη λειτουργικότητα του θυρεοειδούς. Το υπερηχογράφημα θα απεικονίσει τη δομή και το περιεχόμενο του θυρεοειδούς αδένος και την παρουσία ή μη λεμφαδένων στον τράχηλο. Άλλες εξετάσεις που ενδέχεται να βοηθήσουν στη διάγνωση είναι το σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς, το οποίο παρέχει πληροφορίες σχετικά με το σχήμα του θυρεοειδούς και τη λειτουργία του, με τον εντοπισμό περιοχών του θυρεοειδούς που δεν απορροφούν ιώδιο με τον κανονικό τρόπο. Τέλος, η βιοψία με λεπτή βελόνα σε ύπνο όσο του θυρεοειδή μπορεί να μας δώσει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τον τύπο της κακοήθειας, αλλά μπορεί να είναι και ψευδώς αρνητική. Σε κάθε περίπτωση, η αξιολόγηση γίνεται βάσει κατηγοριοποίησης κατά Bethesda.

Abstract

Artopoulos MN. Pediatric Thyroid Cancer. Iatrika Analekta, 2017; 6: 304-305

A detailed understanding of how to perform a comprehensive evaluation of the pediatric thyroid nodule and persistent cervical adenopathy is necessary in order to establish the diagnosis of pediatric thyroid cancer. The incidence of head and neck malignancies, including those of the thyroid, has increased 25% during the past 30 years. Pediatric thyroid nodules carry this increased risk of malignancy, physicians should perform an expeditious workup.

Βιβλιογραφία

- Francis G, Waguespack SG, Bauer AJ, et al. *Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Pediatric Thyroid Cancer*. Thyroid, 2015.
- Busko M. *ATA Issues First Advice for Thyroid Nodules, Cancer in Children*. Medscape Medical News, 2015.
- Albright JT, Topham AK, Reilly JS. *Pediatric head and neck malignancies: US incidence and trends over 2 decades*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2002; 128 (6): 655-659.
- Corrias A, Mussa A. *Thyroid Nodules in Pediatrics: Which Ones Can Be Left Alone, Which Ones Must be Investigated, When and How*. J Clin Res Pediatr Endocrinol, 2013; 5 (1): 57-69.
- Silverman SH, Nussbaum M, Rausen AR. *Thyroid nodules in children: a ten year experience at one institution*. Mt Sinai J Med. 1979; 46 (5):460-463.

Η άκαμπτη οισοφαγοσκόπηση ως μέθοδος αντιμετώπισης οξέων αποφράξεων του ανώτερου πεπτικού στα παιδιά

Πέτρος Β. Βλασταράκος

Ωτορινολαρυγγολόγος, Επιμελητής ΩΡΛ Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

pevlast@hotmail.com

Ο οισοφάγος εκτείνεται από τον κρικοειδή χόνδρο του λάρυγγα (6ος αυχενικός σπόνδυλος) μέχρι το καρδιακό στόμιο του στομάχου (11ος θωρακικός σπόνδυλος), αποτελώντας την προς τα κάτω συνέχεια του φάρυγγα, με μήκος περίπου 23-25 εκ. στο ενήλικο άτομο. Στη διαδρομή του ο οισοφάγος εμφανίζει τρία στενώματα: α) το κρικοειδές, σε απόσταση περίπου 15 εκ. από την έσω επιφάνεια των άνω τομέων οδόντων (στον ενήλικα), σχηματιζόμενο από τον κρικοφαρυγγικό μυ, β) το αορτικό, σε απόσταση 25-27 εκ. λόγω της διασταύρωσης του οισοφάγου με το αορτικό τόξο και τον αριστερό κύριο βρόγχο, και γ) το καρδιακό, σε απόσταση 38-40 εκ., που σχηματίζεται κατά τη δίοδο του οισοφάγου από το αντίστοιχο τμήμα του διαφράγματος. Όπως γίνεται αντιληπτό, στα παιδιά οι σχετικές αποστάσεις είναι μικρότερες, εξαρτώμενες από την ηλικία τους.

Η προώθηση ενός άκαμπτου κοίλου ενδοσκοπίου εντός του οισοφάγου (άκαμπτη οισοφαγοσκόπηση) αποτέλεσε βασική μέθοδο ελέγχου του ανώτερου πεπτικού συστήματος από τους χειρουργούς - ωτορινολαρυγγολόγους ήδη από τον 19ο αιώνα. Το 1868 ο Adolf Kussmaul διενήργησε στο Freiburg την πρώτη άκαμπτη οισοφαγοσκόπηση, για να ακολουθήσει το 1881 ο Jan Mikulicz-Radecki προσαρμόζοντας φως στο άνω άκρο του οισοφαγοσκοπίου προκειμένου να βελτιωθεί η ευκρίνεια του χειρουργικού πεδίου, και ο Jacob Gottstein το 1891, ο οποίος προσάρμοσε στο όργανο αυτό αναρρόφηση για την απομάκρυνση των εκκρίσεων. Τις τρεις αυτές αρχές συνδύασε ο Chevalier Jackson στις αρχές του 20ού αιώνα για την ανάπτυξη αυτού που θεωρούμε σήμερα άκαμπτη οισοφαγοσκόπηση, η οποία και παραμένει σχεδόν अपαράλλακτη έως την εποχή μας.

Παρά την πρόοδο των εύκαμπτων ενδοσκοπήσεων, η άκαμπτη οισοφαγοσκόπηση συνεχίζει να έχει θέση στη θεραπευτική φαρέτρα των επειγουσών αποφράξεων του ανώτερου πεπτικού στα παιδιά. Οι ενδείξεις της άκαμπτης οισοφαγοσκόπησης στα παιδιά βασικά περιλαμβάνουν την αφαίρεση ξένων σωμάτων και δευτερευόντως ενσφηνω-

μένου βλωμού, κατάσταση στην οποία έχει θέση και η εύκαμπτη οισοφαγοσκόπηση που διενεργείται από τους γαστρεντερολόγους.

Η εκτέλεση της οισοφαγοσκόπησης προϋποθέτει γενική αναισθησία και τοποθέτηση του παιδιού σε οριζόντια θέση, με ελαφρά υπερέκταση της κεφαλής. Τοποθετείται προστατευτικό κάλυμμα για την αποφυγή τραυματισμού των οδόντων και εισάγεται το οισοφαγοσκόπιο στη στοματική κοιλότητα υπό άμεση όραση, αφού προηγουμένως επικαλυφθεί με λιπαντική ουσία. Ακολουθώντας τη δεξιά παρειά, ο δεξιόχειρας χειρουργός προωθεί το οισοφαγοσκόπιο μέχρις ότου αναγνωρίσει την περιοχή του δεξιού αρυταινοειδούς χόνδρου, κάτι στο οποίο βοηθά και η σκιά του σωλήνα του αναισθησιολόγου, που βρίσκεται επί τα εκτός του πεδίου. Κατόπιν περνά κάτω από τον αρυταινοειδή κάνοντας μια μικρή εμβύθιση του οργάνου και αμέσως στρέφει την άκρη του οισοφαγοσκοπίου κεντρικά, με κλίση περίπου 30° και προς τα πάνω, για να εισέλθει στον αυλό του οισοφάγου. Το οισοφαγοσκόπιο προωθείται με προσοχή για να μη γλιστρήσει πιο κάτω το ξένο σώμα και συνάμα χωρίς πίεση, για να αποφύγουμε διατροφικό τραυματισμό του οισοφάγου. Μόλις εντοπιστεί το ξένο σώμα (συνήθως στην περιοχή του κρικοειδούς στενώματος), αφαιρείται αμέσως με τη χρήση ειδικής λαβίδας συλλήψεως, που προωθείται υπό άμεση όραση μέσω του αυλού του οισοφαγοσκοπίου. Οι ενσφηνωμένοι βλωμοί αφαιρούνται συνήθως τμηματικά. Μετεχειρουργικά το παιδί δεν χρειάζεται ιδιαίτερη παυσίπονη αγωγή. Η διαίτά του περιλαμβάνει υγρά για τις πρώτες 6 ώρες και είναι κανονική κατόπιν.

Οι δυνητικές επιπλοκές της οισοφαγοσκόπησης περιλαμβάνουν κατάγματα οδόντων, βλεννογονικούς μικροτραυματισμούς του οισοφάγου από την αναρρόφηση, τη λαβίδα συλλήψεως ή το ίδιο το ξένο σώμα καθώς αποσύρεται, όπως και διάτρηση του οισοφάγου. Η τελευταία αυτή επιπλοκή μπορεί να επισυμβεί είτε κατά την προώθηση του οισοφαγοσκοπίου είτε κατά την αφαίρεση αιχμηρών ξένων σωμάτων (λ.χ. ανοικτή παραμάννα). Είναι δε πολύ σοβαρή,



Εικ. 1. Ενσφηνωμένο ξένο σώμα σε βρέφος 8,5 μηνών.



Εικ. 2. Οισοφαγοσκόπιο, λαβίδα συλλήψεως και αφαιρεθέν ξένο σώμα.

καθώς δύναται να οδηγήσει σε μεσοθωρακίτιδα.

Οι βασικές αρχές

Σε γενικές γραμμές ο χειρουργός που πρόκειται να διενεργήσει άκαμπτη οισοφαγοσκόπηση σε έναν παιδιατρικό ασθενή, θα πρέπει να έχει υπόψη τις εξής χειρουργικές συμβουλές:

- ▶ Η προεγχειρητική ακτινογραφία τραχήλου είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις ξένων σωμάτων και καλό είναι να επαναλαμβάνεται πριν το παιδί μπει στο χειρουργείο, αν έχει μεσολαβήσει σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα από την πρώτη εκτίμηση του παιδιού.
- ▶ Το κρικοειδές στένωμα αποτελεί την περιοχική της μεγαλύτερης δυσκολίας κατά την οισοφαγοσκόπηση. Σε αυτό το σημείο, το ευρύ πεδίο του φάρυγγα χάνεται και ο λιγότερο έμπειρος χειρουργός μπορεί να βρεθεί σε αδιέξοδο. Το ελαφρύ ανασήκωμα του λάρυγγα με τη ράχη του οισοφαγοσκοπίου και η στροφή του οργάνου προς το κέντρο, θα επιτρέψουν στον χειρουργό να δει το άνοιγμα του κρικο-

φαρυγγικού μυός.

- ▶ Ο χειρουργός θα πρέπει να προωθεί το οισοφαγοσκόπιο χωρίς βία και να έχει πάντοτε την άκρη του υπό άμεση όραση.
- ▶ Μετά την αφαίρεση του ξένου σώματος θα πρέπει να επαναληφθεί η οισοφαγοσκόπηση για τυχόν ανεύρεση δεύτερου ξένου σώματος, αναγνώριση τυχόν τραυματισμού, ή οποιασδήποτε άλλης παθολογίας.

Συμπερασματικά, η οισοφαγοσκόπηση είναι μια ασφαλής επέμβαση και θα πρέπει να διενεργείται από τους ωτορινολαρυγγολόγους σε περιπτώσεις ξένων σωμάτων οισοφάγου και οξείας εμφάνισης δυσφαγίας. Ο σεβασμός των ενδείξεων διενέργειάς της, η σωστή χειρουργική τεχνική και η γρήγορη αναγνώριση των δυνητικών επιπλοκών αποτελούν προϋποθέσεις για να συνεχίσει η άκαμπτη οισοφαγοσκόπηση υπό άμεση όραση να κατέχει τη δική της θέση στη θεραπευτική φαρέτρα των επειγουσών αποφράξεων του ανώτερου πεπτικού, στη σύγχρονη εποχή των ενδοσκοπήσεων υψηλής ευκρίνειας.

Abstract

Vlastarakos PV. Rigid oesophagoscopy as a method of managing acute upper gastro-intestinal obstruction in children. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 306-307

Despite the advancement of flexible endoscopic procedures, rigid oesophagoscopy is still part of the therapeutic armamentarium in acute upper gastro-intestinal tract obstructions in children. The respective indications include foreign body or food bolus removals. The former are usually removed in one piece, whilst the latter in a piecemeal fashion. The insertion of the rigid hollow scope in the oesophagus should be performed gently, and follow the anatomy of the area. A pre-operative neck x-ray is mandatory in cases of suspected foreign bodies. Potential complications include teeth damage, mucosal tears, or oesophageal perforation.

Βιβλιογραφία

1. Δανιηλίδης Ι. *Κλινική Ωτορινολαρυγγολογία και Στοιχεία Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου*. University Studio Press. Θεσσαλονίκη, 2002.
2. Hussain G, Iqbal M, Hussain M, et al. *Esophageal foreign bodies: an experience with rigid esophagoscope*. *Gomal J Med Sci*. 2010; 8: 218-220.
3. Marsh BR. *Historic development of bronchoesophagology*. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996; 114: 689-716.
4. Moore I. *A historical survey of peroral endoscopy; from its origin to the present day*. *BMJ*. 1926; 278-282.
5. Ruoppi P, Seppä J, Pukkila M, Nuutinen J. *Flexible versus rigid esophagoscopy: a practical comparison for otolaryngologists*. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000; 8: 227-231.
6. Shafi M, Suhail Z, Ashrafi SK. *Rigid Esophagoscopy - Indications and Complications at Tertiary Care Hospitals of Urban Sindh*. *Pakistan J Otolaryngol*, 2014; 30: 44-46.

Οξεία πρωτοπαθής οστεομυελίτιδα άπω μηριαίας επίφυσης με συνοδό σπητική αρθρίτιδα γόνατος

Ευστάθιος Μπάλλας

Ορθοπαιδικός, Επιμελητής Παιδοορθοπαιδικής Κλινικής Παιδων ΜΗΤΕΡΑ
efstathios.ballas@gmail.com

Ίρις - Χριστιάνα Σκούρα

Ορθοπαιδικός, Επιμελητής Παιδοορθοπαιδικής Κλινικής Παιδων ΜΗΤΕΡΑ
chskoura@yahoo.com

Η οξεία αιματογενής οστεομυελίτιδα στα παιδιά παρατηρείται συχνότερα στη μετάφυση των μακρών οστών. Η οξεία πρωτοπαθής προσβολή της επίφυσης είναι σπάνια. Λίγες περιπτώσεις οξείας αιματογενούς οστεομυελίτιδος της επίφυσης αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία. Η καθυστέρηση στη διάγνωση και την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας είναι δυνατό να έχει ως συνέπεια την επέκταση της λοίμωξης στους παρακείμενους ιστούς με άμεσο κίνδυνο καταστροφής τόσο της αρθρικής επιφάνειας όσο και του συζευκτικού χόνδρου. Η χρήση της μαγνητικής τομογραφίας βοηθά εξαιρετικά στην έγκαιρη αναγνώριση της λοίμωξης και της ακριβούς εντόπισής της με συνέπεια την άμεση έναρξη θεραπευτικής αγωγής.

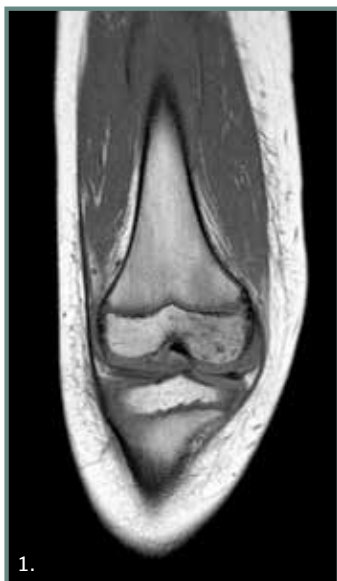
Παρουσίαση περιπτώσεως

Παιδί 7 ετών προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου με άλγος δεξιού γόνατος χωρίς αναφερόμενη κάκωση. Με βάση το ιστορικό ο πόνος είχε ξεκινήσει 6 ημέρες πριν και σε αυτόν προστέθηκε μέσα στις

επόμενες ημέρες πυρετική κίνηση μέχρι 38°C, διόγκωση γόνατος, επιδεινούμενη χωλότητα και κακουχία. Λόγω της κλινικής εικόνας το παιδί επισκέφθηκε δύο νοσοκομεία, όπου ετέθη η διάγνωση υμενίτιδος γόνατος και δόθηκαν οδηγίες για ανάπαυση.

Λόγω έντονης επιδείνωσης των συμπτωμάτων, προσήλθε στην κλινική μας για εκτίμηση. Κατά την προσέλευση η νεαρή ασθενής εμφάνιζε όψη βαρέως πασχούσης, άρνηση φόρτισης του πάσχοντος σκέλους και πυρετική κίνηση 38,5°C. Κατά τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκε επώδυνη έντονη διόγκωση, σημαντική ενδαρθρική συλλογή και ελάχιστο εύρος κίνησης του πάσχοντος γόνατος, με έντονη ευαισθησία στην ψηλάφηση του έσω μηριαίου κονδύλου. Ο αιματολογικός έλεγχος ανέδειξε αυξημένη ΤΚΕ (58 mm) και CRP (7,5 mg/dl), αλλά φυσιολογική γενική αίματος. Το υπερηχογράφημα ανέδειξε ενδαρθρική συλλογή, ενώ η ακτινογραφία γόνατος δεν ανέδειξε εμφανή οστική βλάβη. Με βάση τα ανωτέρω, το παιδί εισήχθη στην κλινική με τη διάγνωση της σπητικής αρθρίτιδας γόνατος. Ελήφθη καλλιέργεια αίματος και, λόγω του από εξαήμερου ιστορικού, αποφασίστηκε να γίνει περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία για εντόπιση συνυπάρχουσας οστικής αλλοίωσης. Η μαγνητική τομογραφία εκτός της ενδαρθρικής συλλογής ανέδειξε παθολογικό σήμα στην επίφυση του έσω μηριαίου κονδύλου συμβατό με οστεομυελίτιδα (εικόνα 1).

Το παιδί οδηγήθηκε στο χειρουργείο και διενεργήθηκε παρακέντηση που απέδωσε υγρό πυώδους υφής, το οποίο απεστάλη άμεσα για εργαστηριακό έλεγχο (γενική αρθρικού υγρού με χαμηλό σάκχαρο - Gram χρώση θετική για κόκκους) επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της σπητικής αρθρίτιδας. Ακολούθησε διάνοιξη - χειρουργικός καθαρισμός της άρθρωσης και τρυπανισμοί στην επίφυση του έσω μηριαίου κονδύλου, οι οποίοι απέδωσαν πύον. Αμέσως μετά την επέμβαση ξεκίνησε ενδοφλέβια αντιμικροβιακή



Εικ. 1. MRI δεξιού γόνατος, που αναδεικνύει το παθολογικό σήμα του έσω μηριαίου κονδύλου, χαρακτηριστικό επιφυσιακής οστεομυελίτιδας



Εικ. 2. Ευμεγέθη - συμπαγή συγκρίματα πύου, που ελήθαν από το γόνατο κατά τον δεύτερο χειρουργικό καθαρισμό.

αγωγή με συνδυασμό κεφοταξίμης και τεϊκοπλανίνης. Οι καλλιέργειες του αρθρικού υγρού ανέπτυξαν πολυευαίσθητο *Staph. aureus*.

Τις πρώτες τρεις μετεγχειρητικές μέρες υπήρξε βελτίωση της συνολικής κλινικής εικόνας. Την τέταρτη μετεγχειρητική μέρα, όμως, διαπιστώθηκε επιδείνωση της κλινικής εικόνας με άλγος, διόγκωση του γόνατος και πυρετική κίνηση έως 39°C. Οι δείκτες φλεγμονής εμφάνισαν περαιτέρω αύξηση, με την ΤΚΕ να φτάνει τα 125 mm και τη CRP τα 10,4 mg/dl. Λόγω της επιδείνωσης αποφασίστηκε και πραγματοποιήθηκε την 6η μετεγχειρητική μέρα δεύτερος χειρουργικός καθαρισμός του γόνατος, που απέδωσε μεταξύ άλλων και ευμεγέθη πήγματα πύου (εικόνα 2). Οι εκ νέου τρυπανισμοί του έσω μηριαίου κονδύλου απέδωσαν πυοαιματηρό υγρό, ενώ μετεγχειρητικά η τεϊκοπλανίνη αντικαταστάθηκε από δαπτομυκίνη. Ακολούθησε ομαλή μετεγχειρητική πορεία, με σταδιακή ύφεση των συμπτωμάτων και του πυρετού, και το παιδί εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση μετά από συνολικά 20 μέρες νοσηλεία. Επτά μήνες μετά την επέμβαση, το παιδί έχει επανέλθει σε όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς, με εμφανή ωστόσο στην ακτινογραφία την περιοχή της οστικής διάβρωσης στον έσω μηριαίο κόνδυλο (εικόνα 3).

Συζήτηση

Η εμφάνιση οξείας αιματογενούς οστεομυελίτιδος στην περιοχή της επίφυσης είναι εξαιρετικά σπάνια στον παιδιατρικό πληθυσμό, με την πλειονότητα των περιπτώσεων να παρατηρούνται στην εγγύς επίφυση της κνήμης και στην άνω του μηριαίου. Ο Sorensen et al ανέλυσαν 21 περιπτώσεις ασθενών με πρωτοπαθή οστεομυελίτιδα στην περιοχή της επίφυσης. Μεταξύ αυτών, στους 20 ασθενείς η λοίμωξη ήταν εντοπισμένη στις δύο αυτές περιοχές με συχνότερη εντόπιση την άνω μηριαία επίφυση (75% των περιπτώσεων) όπως και στην περίπτωση που παρουσιάστηκε ανωτέρω.



Εικ. 3. Ακτινογραφίες (face & profile) γόνατος, 7 μήνες μετά, αναδεικνύουν την οστική διάβρωση του έσω μηριαίου κονδύλου ως αποτέλεσμα της επιφυσιακής οστεομυελίτιδας.

Η επιφυσιακή οστεομυελίτιδα μπορεί να είναι οξεία ή υποξεία. Η οξεία μορφή χαρακτηρίζεται από ταχεία έναρξη και επιδείνωση της συμπτωματολογίας, με κύρια χαρακτηριστικά τοπικό οίδημα, πόνο, ερυθρότητα, οστική ευαισθησία, κωλότητα και συστηματικά συμπτώματα, όπως κακουχία, κόπωση και πυρετό. Οι δείκτες οξείας φλεγμονής είναι συνήθως επηρεασμένοι, ενώ οι απλές ακτινογραφίες τις πρώτες 10 ημέρες είναι φυσιολογικές.

Στην υποξεία μορφή ο πόνος είναι συνήθως πιο ήπιος και τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τη δραστηριότητα. Δεν υπάρχουν συνήθως συστηματικά συμπτώματα, ενώ οι δείκτες φλεγμονής είναι δυνατό να είναι φυσιολογικοί. Οι απλές ακτινογραφίες αποκαλύπτουν σαφείς οστικές βλάβες μετά τη 13η ημέρα. Έως το 1995 μόνο 5 περιπτώσεις οξείας επιφυσιακής οστεομυελίτιδας είχαν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

Κατά τη νεογνική και βρεφική ηλικία τα τροφοφόρα αγγεία της διάφυσης διέρχονται δια του συζευκτικού χόνδρου, που δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα, και διασπείρονται στον δευτερογενή πυρήνα οστέωσης. Μετά την ηλικία αυτή ο συζευκτικός χόνδρος παρέχει ένα μηχανικό εμπόδιο στην εξάπλωση της λοίμωξης στην επίφυση. Η σπητική αρθρίτιδα κατά κανόνα αποτελεί επιπλοκή της οξείας αιματογενούς οστεομυελίτιδας στα παιδιά και όχι το αντίστροφο. Στις τυπικές περιπτώσεις η οστεομυελίτιδα εμφανίζεται στο μεταφυσιακό τμήμα του συζευκτικού χόνδρου, όπου λόγω βραδείας αιματικής ροής ευνοείται η ανάπτυξη βακτηρίων. Οι Brooks και Trueta προσπάθησαν να εξηγήσουν την παθοφυσιολογία της οστικής λοίμωξης στις σπάνιες περιπτώσεις λοίμωξης στην επίφυση. Το αίμα εισέρχεται στην επίφυση μέσω των επιφυσιακών αρτηριών και κατόπιν μεταφέρεται στην επιφάνεια του αρθρικού και του συζευκτικού χόνδρου μέσω του αγγειακού κύκλου του Hunter. Δημιουργείται έτσι ένα πολύπλοκο δίκτυο αρτηριδίων που αναστομώνονται με φλέβες και, λόγω μειωμένης αιματικής ροής, ευνοείται η δημιουργία λοίμωξης. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων το παθογόνο μικρόβιο

είναι ο *Staphylococcus aureus*. Συχνά παρατηρείται καθυστέρηση στη διάγνωση της επιφυσιικής λοίμωξης και η καθυστέρηση αυτή οδηγεί στην επέκταση της λοίμωξης στους παρακείμενους ιστούς με συνέπεια αυξημένο κίνδυνο καταστροφής της άρθρωσης και του αυξητικού χόνδρου. Είναι αναγκαία, λοιπόν, η άμεση διάγνωση και έναρξη ενδοφλέβιας αντιμικροβιακής αγωγής ώστε να αποφευχθούν οι δυσάρεστες αυτές επιπλοκές. Μεγάλος αριθμός μελετών έχει καταδείξει την αξία της μαγνητικής τομογραφίας στην ανάδειξη της οστεομυελίτιδας σε πρώιμη φάση. Δεδομένου ότι οι πρώιμες απλές ακτινογραφίες δεν αναδεικνύουν τη λοίμωξη, η μαγνητική τομογραφία δίνει χρήσιμες πληροφορίες όσον αφορά στην εντόπιση, αλλά και στην έκταση της βλάβης. Η επιλογή της αγωγής βασίζεται στο αντιβιογράμμα, καθώς και στην εξέλιξη της κλινικής και εργαστηριακής εικόνας του παιδιού.

Συνήθως απαιτείται συνολική αντιβιοτική αγωγή για 4-6

εβδομάδες και παρακολούθηση των ασθενών αυτών έως την σκελετική ωρίμανση.

Η διάγνωση της συνήθους μεταφυσιικής οστεομυελίτιδας στηρίζεται στα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα και είναι σχετικά εύκολη. Αντιθέτως η επιφυσιική οστεομυελίτιδα που συνυπάρχει με σπητική αρθρίτιδα, όπως στην περίπτωση που περιγράψαμε, είναι μια σπάνια και δυσδιάγνωστη κλινική οντότητα. Η μη πραγματοποίηση μαγνητικής τομογραφίας μάς οδηγεί στη μη διάγνωσή της με άσχημες για το παιδί συνέπειες.

Συνεπώς, ενώ η σπητική αρθρίτιδα είναι μία επικίνδυνη κατάσταση που απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση και είναι εύκολα διαγνώσιμη, αντιθέτως η πιθανώς συνυπάρχουσα επιφυσιική οστεομυελίτιδα δεν μπορεί να διαγνωστεί κλινικά, γεγονός που θέτει την προεγχειρητική μαγνητική τομογραφία ως απαραίτητη εξέταση σε όλες τις περιπτώσεις πιθανολογούμενης σπητικής αρθρίτιδας.

Abstract

Ballas E, Skoura IC. Acute primary osteomyelitis of the distal femoral epiphysis with coexistent septic arthritis of the knee. Iatrika Analekta, 2017; 6: 308-310

Acute primary osteomyelitis in the epiphysis of the long bones is extremely unusual in the paediatric population. We present a rare case of an acute hematogenous osteomyelitis of the distal femoral epiphysis in a 7-year-old girl who presented to our department 6 days after the onset of symptoms. The infection had already affected the adjacent joint. Prompt diagnosis and punctual beginning of the proper treatment is of utmost importance in order to avoid permanent damage of the growth plate as well as joint destruction. In cases of suspected septic arthritis MRI should always be performed preoperatively because it is extremely valuable for the diagnosis of a probably coexistent epiphyseal osteomyelitis.

Βιβλιογραφία

- Green NE. *Osteomyelitis of the epiphysis*. In: Uthoff HK, Wiley JJ eds. Behavior of the Growth Plate. New York, Raven Press 1988; 323-329.
- Sorensen TS, Hedeboe J, Christensen ER. *Primary epiphyseal osteomyelitis in children*. Report of three cases and review of the literature. J Bone Joint Surg Br 1988; 70: 818-820.
- Andrew TA, Porter K. *Primary subacute epiphyseal osteomyelitis: a report of three cases*. J Pediatr Orthop 1985; 5: 155-157.
- Kramer SJ, Post J, Sussman M. *Acute hematogenous osteomyelitis of the epiphysis*. J Pediatr Orthop 1986; 6: 493-495.
- Longjohn DB, Zions LE, Stott NS. *Acute hematogenous osteomyelitis of the epiphysis*. Clin Orthop 1995; 316: 227-234.
- Mazur J, Ross G, Cummings J, et al. *Usefulness of magnetic resonance imaging for the diagnosis of acute musculoskeletal infections in children*. J Pediatr Orthop 1995; 15: 144-147.
- Green NE, Beauchamp RD, Griffin PP. *Primary subacute epiphyseal osteomyelitis*. J Bone Joint Surg Am 1981; 63: 107-114.
- Trueta J. *The three types of acute hematogenous osteomyelitis: A clinical and vascular study*. J Bone Joint Surg Br 1959; 41: 671-680.
- Brooks M. *The Blood Supply of Bone*. New York, NY: Appleton-Century Crofts, 1971.
- Maffulli N, Fixsen JA. *Osteomyelitis of the proximal radial epiphysis: A case report*. Acta Orthop Scand 1990; 61: 269-270.
- Poyhia T, Azouz EM. *MR imaging evaluation of subacute and chronic bone abscesses in children*. Pediatr Radiol 2000; 30: 763-768.

Πολύποδας χοληδόχου κύστης στα παιδιά: μια εξαιρετικά σπάνια νοσολογική οντότητα

Εύη Βασιλειάδου

Επιμελήτρια Β' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παιδών ΜΗΤΕΡΑ

evivasiliadou@hotmail.com

Οι πολύποδες της χοληδόχου κύστης είναι βλάβες στην επιφάνεια του βλεννογόνου της χοληδόχου κύστης. Ανευρίσκονται κυρίως σε ενήλικες, σε ποσοστό 4%-7%, αλλά είναι εξαιρετικά σπάνιοι στον παιδικό πληθυσμό. Πάνω από το 90% είναι καλοήθεις και η πλειονότητά τους είναι πολύποδες χοληστερόλης. Οι πολύποδες χοληστερόλης μπορεί να αυξηθούν ή να μειωθούν σε μέγεθος είτε ακόμη και να εξαφανιστούν. Πιο συχνά εντοπίζονται σε ασθενείς μεταξύ 40-50 ετών και συχνότερα σε γυναίκες (2,9 γυναίκες προς 1 άνδρα). Η κλινική τους εικόνα μπορεί να μιμηθεί εικόνα χολοκυστίτιδας ή και χολολιθίασης. Οι πολύποδες της χοληδόχου κύστης συνήθως ανιχνεύονται τυχαία σε υπερηχογραφικό έλεγχο, αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

Υπάρχουν πολλές μελέτες που περιγράφουν την κλινική σημασία και την αντιμετώπιση των πολυπόδων της χοληδόχου κύστης στον ενήλικο πληθυσμό, αλλά μόνο λίγες σε παιδιά. Το πιο σημαντικό ζήτημα σχετικά με την κλινική σημασία είναι ο κίνδυνος κακοήθους μετάλλαξης. Ο κίνδυνος αυτός φέρεται να είναι αρκετά μικρός σε αυτές τις βλάβες. Το πιο σημαντικό για τον καθορισμό του κινδύνου κακοήθους μετάλλαξης έχει αποδειχθεί ότι είναι το μέγεθός τους.

Παρουσίαση περιπτώσεων

1η περίπτωση

Σε θήλυ 16 ετών, που είχε υποβληθεί σε υπερηχογραφικό έλεγχο για διερεύνηση άτυπου κοιλιακού άλγους, ανευρέθη πολύποδας χοληδόχου κύστης μεγέθους 5 mm. Λόγω του μικρού μεγέθους του, αποφασίστηκε παρακολούθηση.

Στον πρώτο έλεγχο 6 μήνες μετά, αναγνωρίστηκε και πάλι η ύπαρξη πολύποδα μεγέθους 5 mm, ενώ στον δεύτερο (ένα χρόνο μετά) δεν απεικονίστηκε.

2η περίπτωση

Άρρεν ηλικίας 10 ετών, παρουσίασε δυσπεπτικά ενοχλήματα και άλγος στο δεξιό υποχόνδριο. Στον έλεγχο που έγινε βρέθηκε πολύποδας 6 mm στον αυχένα της χοληδόχου κύστης. Το παιδί υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική

χολοκυστεκτομή. Στην ιστολογική της χοληδόχου κύστης αναγνωρίστηκε λεμφαδένας 5 mm στην αρχή του κυστικού πόρου.

Συζήτηση

Κλινική εικόνα

Συνήθως οι πολύποδες της χοληδόχου κύστης είναι τυχαία εύρημα σε απεικόνιση της άνω κοιλίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι πολύποδες πιστεύεται ότι είναι ασυμπτωματικοί. Η κλινική τους εικόνα μπορεί να μιμηθεί εικόνα χολοκυστίτιδας ή και χολολιθίασης.

Στα παιδιά οι πολύποδες μπορεί να είναι πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς. Οι πρωτοπαθείς, ιστολογικά, μπορεί να είναι: αδένωμα, γαστρική εκτοπία και υπερπλασία του επιθηλίου. Δευτεροπαθείς πολύποδες χοληδόχου κύστης μπορεί να βρεθούν σε συνδυασμό με μεταχρωματική λευκοδυστροφία ή σύνδρομο Peutz-Jeghers.

Ιστολογική ταξινόμηση

Οι πολύποδες της χοληδόχου κύστης ταξινομήθηκαν πρώτη φορά από τους Christensen και Ishak το 1970.

Σύμφωνα με την ιστολογική τους κατάταξη διακρίνονται σε καλοήθεις και κακοήθεις.

Οι καλοήθεις πολύποδες αποτελούν το 95% του συνόλου των πολυπόδων. Σε αυτούς ανήκουν:

1. Πολύποδες χοληστερόλης: >50% όλων των πολυπόδων.
2. Αδένωμα: ~30%, πιθανώς προκαρκινική οντότητα.
3. Φλεγμονώδεις πολύποδες.

Οι κακοήθεις πολύποδες αντιστοιχούν στο 5% του συνόλου των πολυπόδων, ενώ το αδενοκαρκίνωμα με ποσοστό περίπου 90% είναι ο πιο συχνός τύπος των κακοήθων πολυπόδων. Άλλες σπανιότερες οντότητες, είναι οι μεταστάσεις σε χοληδόχο κύστη, το καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων και το αγγειοσάρκωμα.

Ακτινολογικά χαρακτηριστικά

Η ανάπτυξη και η βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων απεικόνισης, όπως το υπερηχογράφημα, η αξονική τομο-

γραφία (CT), η μαγνητική τομογραφία (MRI) και η ευρεία εφαρμογή τους, έχουν οδηγήσει σε αύξηση της διάγνωση των πολυπόδων της χοληδόχου κύστης

Το υπερηχογράφημα κοιλίας είναι η καλύτερη διαθέσιμη εξέταση για τη διάγνωση των πολυπόδων της χοληδόχου κύστης, όχι μόνο λόγω της προσβασιμότητας και του χαμηλού κόστους, αλλά και λόγω της καλής ευαισθησίας του. Είναι η καλύτερη αρχική μέθοδος επιλογής για απεικόνιση και είναι συχνά σε θέση να διαχωρίσει πολύποδες χοληστερόλης από εκείνους που απαιτούν θεραπεία. Γενικά χαρακτηριστικά των πολυπόδων χοληδόχου κύστης είναι ένας χωρίς ακουστική σκιά ανθοκραμβοειδής σχηματισμός μέσα στον αυλό της χοληδόχου κύστης, ο οποίος είναι συνήθως ακίνητος.

Οι πολύποδες μπορεί να αναγνωριστούν και να μετρηθούν σε μέγεθος με το υπερηχογράφημα. Οι πολύποδες εμφανίζονται ως σταθερές προσεκβολές μέσα στον αυλό της χοληδόχου κύστεως, με ή χωρίς μια ακουστική σκιά. Ένας πολύποδας χοληστερόλης εμφανίζεται ως μια μάζα παρόμοιας πχογένειας με το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης και χωρίς ακουστική σκιά. Ωστόσο, η διάκριση είναι δύσκολο να γίνει και ο χαρακτηρισμός των πολυπόδων ως καλοθών ή κακοθών δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με το υπερηχογράφημα. Η υπερηχογραφική διαφοροποίηση μεταξύ καλοθών και κακοθών πολυπόδων στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από το μέγεθος μίας ενιαίας μη κινητής βλάβης εντός της χοληδόχου κύστης, παρόμοιας υψής με το τοίχωμά της. Γενικά οι πολύποδες της χοληδόχου κύστης είναι ανιχνεύσιμοι μόνο όταν είναι πάνω από 5 mm σε διάμετρο. Ωστόσο, η διαγνωστική αξία του υπερηχογραφήματος συχνά περιορίζεται από τη σωματική διάπλαση του ασθενούς.

Οι πολύποδες χοληστερόλης της χοληδόχου κύστης μπορεί εύκολα να ανιχνευθούν με υπερηχογράφημα. Αποτελούνται από αφρώδη ιστιοκύτταρα που περιέχουν χοληστερόλη, καλύπτονται από ένα μονό στρώμα κυλινδρικά κύτταρα παρόμοια με εκείνα που ευθυγραμμίζουν το παρακείμενο βλεννογόνο, και θεωρούνται καλοήθεις

Η αξονική τομογραφία (CT) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) έχουν μικρότερη διαγνωστική αξία γιατί δεν μπορούν να αναγνωρίσουν μικρού μεγέθους πολύποδες. Είναι όμως εξετάσεις που βοηθούν στη διαφορική διάγνωση των πολυπόδων χοληδόχου κύστης. Το καρκίνωμα χοληδόχου κύστης παρουσιάζεται ως ενισχυτική, ενδοαυλική πυκνότερη μάζα ιστού απ' ό,τι περιβάλλει τη χολή και έτσι είναι

δυνατό να εντοπίζονται με αξιόπιστο τρόπο νεοπλασματικές αλλοιώσεις.

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση για ένα πολύποδα χοληδόχου κύστεως είναι περιορισμένη, και περιλαμβάνει:

1. Χολολιθίαση.
2. Καρκίνο χοληδόχου κύστης.
3. Αδενομυωμάτωση.

Θεραπεία και πρόγνωση

Στατιστικά, οι καλοήθεις πολύποδες της χοληδόχου κύστης είναι κοινοί και ο καρκίνος της χοληδόχου κύστης είναι σπάνιος, πολύ λίγοι πολύποδες μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο της χοληδόχου κύστης. Η θεραπεία τους είναι η χειρουργική αφαίρεση ή η παρακολούθηση. Το είδος της θεραπείας βασίζεται σε προγνωστικούς παράγοντες που καθορίζουν την πιθανότητα κακοήθειας και την ύπαρξη συμπτωματολογίας από αυτούς.

Προγνωστικοί παράγοντες είναι το μέγεθός τους, η μεταβολή του μεγέθους, ο αριθμός τους, το σχήμα, η παρουσία χολόλιθων, οι καρκινικοί δείκτες και η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα.

Συνιστάται παρακολούθηση των μικρών πολυπόδων <10 mm. Όταν το μέγεθός τους κυμαίνεται μεταξύ 6-9 mm, χρήζουν συνεχούς παρακολούθησης ανά 3 έως 6 μήνες. Σε πολύποδες με μέγεθος ≥ 10 mm συνιστάται χειρουργική αφαίρεση - χολοκυστεκτομή. Χολοκυστεκτομή συνιστάται σε πολύποδες που παρουσιάζουν απότομη αύξηση του μεγέθους τους.

Οι κακοήθεις πολύποδες τείνουν να είναι μονήρεις, ενώ οι πολύποδες χοληστερόλης είναι συνήθως πολλαπλοί. Το σχήμα των πολυπόδων είναι ένας άλλος προγνωστικός παράγοντας. Άμισχη μορφολογία είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που υποδηλώνουν κακοήθεια. Η άμισχος μορφολογία ήταν πιο συχνή σε κακοήθεις. Μία από τις πιθανές εξηγήσεις για τη συχνότερη άμισχη μορφολογία σε κακοήθεις αλλοιώσεις πολυπόδων της χοληδόχου κύστης μπορεί να είναι ότι οι περισσότεροι καρκίνοι της χοληδόχου κύστης προκύπτουν τοπικά από επίπεδο δυσπλαστικό επιθήλιο.

Η παρουσία λίθων φαίνεται να είναι ένας παράγοντας κινδύνου λόγω του ότι υπάρχουν τεχνικά προβλήματα, καθώς η παρουσία τους δυσχεραίνει την ακριβή αξιολόγηση των πολυπόδων χοληδόχου κύστης με υπέρηχο. Το CEA και

CA 19-9 έχουν μικρό ρόλο στη διαφοροποίηση σε καλοήθη και κακοήθη πολύποδα.

Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου για κακοήθεια σε έναν πολύποδα χοληδόχου κύστης. Κάθε πολύποδας της χοληδόχου κύστης, ανεξάρτητα από το μέγεθος, σε ασθενή με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα, θα πρέπει να θεωρείται ένδειξη για χολοκυστεκτομή.

Εξ ορισμού, κάθε βλάβη που προεξέχει από το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως μέσα στον αυλό ονομάζεται πολύποδας. Ο Christensen ταξινομεί τους πολύποδες της χοληδόχου κύστης ως καλοήθεις όγκους και κακοήθη νεοπλασμάτα. Το παθολογικό φάσμα των πολυπόδων της

χοληδόχου κύστης στα παιδιά είναι διαφορετικό απ' ό,τι στους ενήλικες. Η πλειονότητα των πολυπόδων χοληδόχου κύστης είναι πολύποδες χοληστερόλης, ενώ η υπερπλασία και οι αδενωματώδεις πολύποδες είναι οι επόμενες κοινές μορφές.

Εάν υπάρχουν ενδείξεις κακοήθειας ή συμπτωματολογία, ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε χολοκυστεκτομή. Εάν δεν υπάρχουν ενδείξεις κακοήθειας και το μέγεθος των πολυπόδων είναι μικρότερο των 10 mm, συνιστάται παρακολούθηση και επανέλεγχος με υπερηχογράφημα μετά από 6 μήνες. Εάν κατά 6 μήνες δεν υπάρχει καμία αλλαγή στο μέγεθος, το σχήμα παρακολούθησης θα πρέπει να εξετασθεί - πιο σύνθητες είναι μετά από άλλους 12 μήνες.

Abstract

Vassiliadou E. Gallbladder polyps. An extremely rare condition in childhood. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 311-313

Polypoid lesions of the gallbladder (PLG) are rare in childhood. The pathologic spectrum of PLGs in children appears to be different from that in adults. For primary PLGs, cholecystectomy is advisable if there are biliary symptoms or if the polyp is > or = 1 cm in size. Asymptomatic cases should be maintained under ultrasound surveillance.

Βιβλιογραφία

1. Stringer MD, Ceylan H, Ward K, et al. *Gallbladder polyps in children--classification and management*. J Pediatr Surg, 2003; 38 : 1.680-1.684.
2. Sandberg AA. *Diagnosis and Management of Gallbladder Polyps*. N Am J Med Sci, 2012; 4: 203-211.
3. Amit Ray, Ram Mohan Shukla, Kartik Chandra Mandal, et al. *Gallbladder polyp: A rare lesion in pediatric population*. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2013; 18: 36-37.
4. Stringel G, Beneck D, Bostwick HE. *Polypoid lesions of the gallbladder in children*. JSLS, 1997; 1 : 247-249.
5. Lee KF, Wong J, Li JC, et al. *Polypoid lesions of the gallbladder*. Am J Surg, 2004; 188: 186-190.
6. Mellnick VM, Menias CO, Sandrasegaran K, et al. *Polypoid lesions of the gallbladder: disease spectrum with pathologic correlation*. Radiographics, 2015; 35: 387-399.
7. Matos AS, Baptista HN, Pinheiro C, et al. *Gallbladder polyps: how should they be treated and when?* Rev Assoc Med Bras, 2010; 56: 318-321.

Σύνδρομο Rapunzel: σπάνια επιπλοκή τριχοτιλλομανίας

Στυλιανός Υψηλάντης

Παιδοχειρουργός, Διευθυντής Β' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παιδών ΜΗΤΕΡΑ
ypsiladis@yahoo.com

Εύη Βασιλειάδου

Παιδοχειρουργός, Επιμελήτρια Β' Παιδοχειρουργικής Κλινικής Παιδών ΜΗΤΕΡΑ
evivasiliadou@hotmail.com

Αίγλη Ζέλλου

Παιδογαστρεντερολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Παιδογαστρεντερολογίας Παιδών ΜΗΤΕΡΑ
aigli.zellos@gmail.com

Ως τριχοτιλλομανία ορίζεται η απώλεια των τριχών που οφείλεται στην αυτόβουλη απόσπασή τους από τον ίδιο τον ασθενή. Το Σύνδρομο Rapunzel προκαλείται από τη δημιουργία τριχοπιλήματος στον γαστρικό σωλήνα από την κατάποση τριχών (τριχοφαγία), τόσο του ίδιου του ασθενή όσο και του περιβάλλοντος, που οδηγεί σε απόφραξη του πυλωρού.

Οι ανθράκινες τρίχες είναι ανθεκτικές στα γαστρικά υγρά και στις περισταλτικές κινήσεις του πεπτικού σωλήνα, με αποτέλεσμα, προσκολλώμενες σε λιπαρές ουσίες και τροφικά υπολείμματα, να σχηματίζουν εκμαγεία του κοίλου οργάνου αποφράσσοντας τον αυλό του. Το σφαιρικού σχήματος τριχοπίλημα του στομάχου μπορεί να εκτείνεται στο δωδεκαδάκτυλο ή και στην νήστιδα (εξ ου και η ονομασία του Συνδρόμου από την ηρώιδα του παραμυθιού των αδελφών Grimm) που ενίοτε προκαλεί εντερική απόφραξη.

Παρουσίαση περίπτωσης

Πρόκειται για ηλικίας 3,5 ετών μικρή ασθενή, που από έτους παρουσίαζε απώλεια ή σπάζσιμο τριχών από τις βρεγματικές, τις κροταφικές και την ινιακή περιοχή του τριχωτού της κεφαλής. Εξετάστηκε από δερματολόγο που συνέστησε ειδικά προϊόντα καθαρισμού και περιποίησης του τριχωτού, θεωρώντας ότι το σύμπτωμα οφείλεται σε δερματοπάθεια. Λόγω της συνεχώς επιδεινούμενης μειωμένης λήψης τροφής, παρουσίασε σημαντική απώλεια βάρους (4

Kg σε 6 μήνες), αναιμία (Ht: 32%, Hb: 8,9 g/dl) και υποπρωτεϊναιμία (ολικά λευκώματα 4,5 g/dl). Εξετάστηκε από γαστρεντερολόγο, ο οποίος συνέστησε γαστροσκόπηση.

Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία σφαιρικού τριχοπιλήματος που καταλάμβανε το μεγαλύτερο μέρος του στομάχου αποφράσσοντας τον πυλωρό (εικόνα 1). Έπειτα από πιο ενδελεχή λήψη του ιστορικού επιβεβαιώθηκε η τριχοτιλλομανία και η ιδιαίτερη συμπεριφορά της ασθενούς σε συνθήκες ψυχικής πίεσης.

Η ασθενής υπεβλήθη σε λαπαροτομία και γαστροτομή, αφαιρέθηκε τριχοπίλημα με μορφή εκμαγείου του στομάχου διαστάσεων 15x10 εκ. (εικόνα 2). Είχε δημιουργηθεί από τη μακρόχρονη (πέραν του έτους) παραμονή των τριχών στον γαστρικό σωλήνα και την προσκόλληση τροφών.

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε την 4η μετεγχειρητική μέρα, με τη σύσταση για ψυχολογική παρακολούθηση.

Συζήτηση

Γενικά δεν είναι γνωστό γιατί οι ασθενείς με τριχοτιλλομανία αποσπούν τρίχες από το τριχωτό της κεφαλής. Εξειδι-



Εικ. 1. Γαστροσκοπική εικόνα του πιλήματος.



Εικ. 2. Εξαιρεθέν τριχοπίλημα. Χαρακτηριστική μορφή εκμαγείου στομάχου.

κευμένες απόψεις για ψυχική πίεση ή αίσθημα φαγούρας συχνά απορρίπτονται από τους ασθενείς. Υπάρχουν διαγνωστικά κριτήρια για την τριχοτιλλομανία όπως αναφέρονται στον Πίνακα 1. Ασθενείς που δεν παρουσιάζουν τα κριτήρια του πίνακα, είναι πιθανόν να μην αντιμετωπιστούν ως τριχοτιλλομανία.

Η τριχοτιλλομανία είναι πιο συχνή στην νηπιακή ηλικία, με την εφηβεία και την ενήλικη ζωή να έπονται σε συχνότητα εμφάνισης. Είναι συχνότερη σε θήλεα άτομα (83%).

Σε αντίθεση, η τριχοφαγία είναι ιδιαίτερα σπάνιο σύμπτωμα στην προνηπιακή και νηπιακή ηλικία. Συνήθως ο πρώτος ιατρός που επιλαμβάνεται των ασθενών είναι ο δερματολόγος.

Σε αυτό το στάδιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ληφθεί επακριβές ιστορικό από τους γονείς και, σε περίπτωση τριχοτιλλομανίας, να παραπεμφθεί ο ασθενής για ψυχολογική εξέταση, ώστε να προσδιοριστεί ο στρεσογόνος παράγοντας (π.χ. νέο μέλος στην οικογένεια, προσπάθεια απόσπασης ενδιαφέροντος). Έχει παρατηρηθεί τριχοφαγία σε άτομα με σιδηροπενική αναιμία λόγω της ύπαρξης ιχνοστοιχείων και ειδικά Fe στην τρίχα. Ορισμένες φορές συνοδεύεται από «φάγωμα» νυχιών ή «πιπίλισμα» του αντίχειρα.

Τα κυριότερα συμπτώματα του Συνδρόμου Rapunzel είναι η ανορεξία και ο πρώιμος γαστρικός κορεσμός, η απώλεια βάρους, ο εμετός αμέσως μετά το γεύμα, η οξεία επιγαστραλγία και η απώλεια τμημάτων του τριχωτού της κεφαλής. Οι επιπλοκές που μπορούν να παρουσιαστούν είναι ο αποφρακτικός ίκτερος, ο αποφρακτικός ειλεός, η διάτρηση λεπτού εντέρου με επακόλουθη περιτονίτιδα και η οξεία παγκρεατίτιδα.

Στον ακτινολογικό έλεγχο, με απλή ακτινογραφία δια-

πιστώνεται διάταση στομάχου με εικόνα εκμαγείου και σε περίπτωση ρήξης εντέρου ελεύθερος ενδοπεριτοναϊκός αέρας. Σε βαριούχο γεύμα φαίνεται έλλειμμα πληρότητας και καθυστερημένη διάβαση της σκιαγραφικής ουσίας. Το υπερηχογράφημα είναι χαρακτηριστικό με ευμεγέθη ακουστική σκιά και ηχογενή μάζα στο στομάχι. Ο έλεγχος μπορεί να συμπληρωθεί με CT άνω κοιλίας. Σε αυτήν διαπιστώνεται το μέγεθος και η μορφή του τριχοπιλήματος ως ενδογαστρικής ανομοιογενούς μάζας, χωρίς πρόσληψη σκιαγραφικού και με λεπύτωση και οίδημα του πυλωρού και του δωδεκαδακτύλου ανάλογα με την έκτασή του.

Η γαστροσκόπηση επιβεβαιώνει τα ευρήματα. Η προσπάθεια αφαίρεσης της μάζας είναι συνήθως ανεπιτυχής λόγω της συμπαγούς υφής και της έντονης συνοχής των τριχών με τα υπολείμματα τροφής.

Η αντιμετώπιση είναι αποκλειστικά χειρουργική, με λαπαροτομία και γαστροτομή, καθώς και έλεγχο του πεπτικού σωλήνα για το ενδεχόμενο αποκομμένων τριχοπιλημάτων. Εάν διαπιστωθούν γαγγραινώδη τμήματα λεπτού εντέρου, γίνεται εντερεκτομή και τελικοτελική αναστόμωση.

Η έκβαση των ασθενών είναι ευνοϊκή, σε συνάρτηση με την έκταση του τριχοπιλήματος και τις ενδεχόμενες επιπλοκές. Η αναιμία και η υποπρωτεϊναιμία διορθώνονται, εκτός από την επείγουσα ενδοφλέβια αγωγή με μετάγγιση αίματος και φρέσκου πλάσματος κατά την περιεχειρητική περίοδο, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα, με την επάνοδο του ασθενούς σε φυσιολογική διατροφή.

Το Σύνδρομο Rapunzel στην παιδική ηλικία είναι μια σπάνια επιπλοκή της τριχοτιλλομανίας - τριχοφαγίας, που μπορεί να διαλάβει κατά την αρχική αντιμετώπιση και να προκαλέσει σημαντικές επιπλοκές.

Πίνακας 1	Διαγνωστικά κριτήρια για την τριχοτιλλομανία (DSM-IV criteria)
A.	Υποτροπιάζουσα απόσπαση τριχών με αποτέλεσμα ευδιάκριτη απώλεια τριχωτού
B.	Αίσθημα ψυχικής πίεσης κατά την απόσπαση των τριχών ή κατά την προσπάθεια αντίστασης στη συνήθεια
C.	Ευχαρίστηση ή ανακούφιση κατά την απόσπαση των τριχών
D.	Δεν οφείλεται, ούτε είναι μέρος δερματολογικής πάθησης
E.	Επηρεάζει την κοινωνική και επαγγελματική ζωή

Abstract

Ypsilantis S, Vassiliadou E, Zellou A. Rapunzel syndrome - a rare complication of trichotillomania. *Iatrika Analekta*, 2017; 6: 314-316

Although trichotillomania is more common in childhood than adulthood, it is rare to be accompanied by trichofagia and much more be complicated by obstruction of the upper digestive tract. The presented case refers to a 4 years old female patient with pyloric obstruction due to trichofagia, which presented with anemia, weight loss and hypoproteinaemia. This clinical aspect is called Rapunzel syndrome because of the morphology and consistence of the trichobozoar mass. Treatment is surgical remove by gastrotomy. The restoration of general conditions occurs with the return of normal eating habits. Patients need psychological support.

Βιβλιογραφία

1. Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. *Trichotillomania*. J Am Acad Dermatol 2002; 46: 67-70.
2. Frey AS, McKee M, King RA, Martin A. *Hair apparent: Rapunzel syndrome*. Am J Psychiatry 2005; 162: 242-248.
3. Tay YK, Levy ML, Mety DW. *Trichotillomania in childhood: case series and review*. Pediatrics 2004; 113; e494-e498.
4. Christenson GA, Mackenzie DN. *A placebo-controlled, double blinded crossover study of fluoxetine in trichotillomania*. Am J Psychiatry 1991; 148: 1.566-1.571.
5. American Psychiatric Association: *Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders, 4th edn, Text Revision*. Washington DC; American Psychiatric Association, 2000
6. Walsh KW, McDouggle CJ. *Trichotillomania: presentation, etiology, diagnosis and therapy*. Am J Clin Dermatol 2001; 2: 327-333.
7. Woods DW, Flessner C, Frankie ME. *Understanding and treating trichotillomania*. Psychiatry Clin N Am 2006; 29: 487-501.
8. Dimino-Emme L, Camisa C. *Trichotillomania associated with the friar tuck sign and nail biting*. Gutis 1991; 47: 107-110.
9. Swedo SE, Rapoport JL. Association: *Trichotillomania*. J Clin Psychol Psychiatry 1991; 32: 401-409.
10. Tsai SJ, Chang FR. *Repetitive hair pulling associated with schizophrenia*. Br J Dermatol 1998; 138: 1.095-1.096.
11. Trueb RM, Cavegn B. *Trichotillomania in connection with alopecia areate*. Gutis 1996; 58: 67-70.
12. Muller SA. *Trichotillomania*. J Am Acad Dermatol 2002; 46: 807-821.

ΜΗΤΕΡΑ**3η Ημερίδα Καρδιολογίας και Καρδιοχειρουργικής
Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων**

22 Απριλίου 2017

Με ιδιαίτερη επιτυχία πραγματοποιήθηκε στο ΜΗΤΕΡΑ το διεθνές συνέδριο για τη σύγχρονη αντιμετώπιση των συγγενών καρδιοπαθειών ενηλίκων, που συνδιοργάνωσαν η Κλινική Παιδοκαρδιολογίας & Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων και η Καρδιοχειρουργική Κλινική Συγγενών Καρδιοπαθειών Παιδών και Ενηλίκων του ΜΗΤΕΡΑ.

Στο συνέδριο παρουσιάστηκαν από διακεκριμένους Έλληνες ιατρούς και διεθνούς φήμης επιστήμονες τα νεότερα δεδομένα στη διαχείριση εγκύων ασθενών με συγγενείς καρδιοπάθειες και προβλήματα ενηλίκων με σύμπλοκες καρδιοπάθειες. Παράλληλα, αναλύθηκαν οι σύγχρονες διακαθετηριακές παρεμβάσεις σε ενήλικες με συγγενείς καρδιοπάθειες που εφαρμόζονται πλέον στον ελλαδικό χώρο με ιδιαίτερη επιτυχία στο Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ, καθώς και τα νεότερα δεδομένα στη διακαθετηριακή θεραπεία βαλβιδοπαθειών, κάτι στο οποίο πρωτοπορεί ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ. Ακολούθησε εισήγηση για τη χρήση των ομοιομοσχευμάτων στην καρδιοχειρουργική και την ευρεία εφαρμογή τους, που τώρα πια αποτελεί πραγματικότητα και στην Ελλάδα. Χαρακτηριστική, τέλος, ήταν η ομιλία του προσκεκλημένου καθηγητή Μιχάλη Γκατζούλη (Νοσοκομείο Royal Brompton, Μ. Βρετανίας) για τους ενήλικες με συγγενείς καρδιοπάθειες και πνευμονική υπέρταση, η οποία έδωσε τη «state of the art» γνώση στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Σε δηλώσεις τους οι πρόεδροι της οργανωτικής επιτροπής του συνεδρίου, Δρ Αφροδίτη Τζίφα, Καθηγήτριας Αυξέντιος Καλαγκός και Φώτιος Μητρόπουλος, τόνισαν, μεταξύ άλλων: «Η αλματώδης εξέλιξη στην παιδοκαρδιολογία και την παιδοκαρδιοχειρουργική συνετέλεσε καθοριστικά στην επίτευξη της ενηλικίωσης των παιδιών με συγγενείς καρδιοπάθειες σε ποσοστό που υπερβαίνει το 95%. Μάλιστα, αναμένεται ότι σε παγκόσμια κλίμακα τα επόμενα χρόνια, ο αριθμός των ενηλίκων με συγγενή καρδιοπάθεια θα ξεπεράσει τον αντίστοιχο παιδιατρικό πληθυσμό».

**ΥΓΕΙΑ****1ος κύκλος CLASS COURSES 2017**

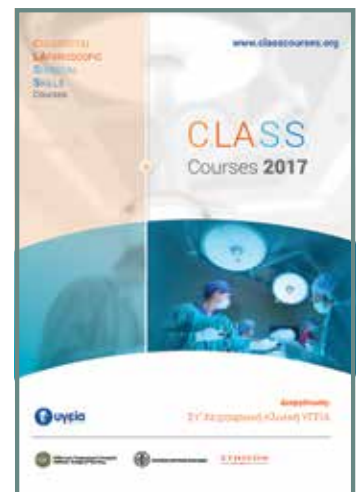
28 Απριλίου 2017

Η Στ' Χειρουργική Κλινική του ΥΓΕΙΑ διοργανώνει κάθε χρόνο Σεμινάρια Λαπαροσκοπικών Κολεκτομών / CLASS (Colorectal Laparoscopic Surgical Skills) με στόχο, μετά την ολοκλήρωση της κλινικής εκπαίδευσης στις λαπαροσκοπικές κολεκτομές, οι συμμετέχοντες χειρουργοί να είναι σε θέση:

- ▶ Να γνωρίζουν τις παραμέτρους που μεγιστοποιούν τα αποτελέσματα των επεμβάσεων στο παχύ έντερο και το ορθό.
- ▶ Να αξιολογούν τις νέες μεθόδους της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής του παχέος εντέρου.
- ▶ Να γνωρίζουν τις νέες εξελίξεις στον ορθοκολικό καρκίνο, τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και την οξεία εκκολπωματίτιδα.

Επιπρόσθετα, θα έχουν αποκτήσει επαρκή πείρα ώστε να μπορούν να διεκπεραιώσουν λαπαροσκοπικές κολεκτομές και να αξιολογήσουν τις αποκτηθείσες ικανότητές τους μέσω των προσομοιωτών.

Διενεργούνται 4 κύκλοι των 2 ημερών έκαστος. Την πρώτη ημέρα γίνονται ομιλίες στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν. Λούρος» του ΜΗΤΕΡΑ, ενώ ταυτόχρονα προβάλλονται live εγχειρήσεις από τα χειρουργεία του ΥΓΕΙΑ. Η πρακτική εκπαίδευση σε ζωικά πρότυπα στο πειραματικό χειρουργείο πραγματοποιείται στο Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ). Παρακολουθώντας τις διαλέξεις των Κύκλων, οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν τη βασισμένη σε αποδείξεις γνώση για τη διάγνωση και τη θεραπεία των παθήσεων, που διαρκώς αντιμετωπίζονται στην άσκηση της ορθοκολικής χειρουργικής. Ο πρώτος κύκλος των σεμιναρίων διενεργήθηκε με επιτυχία στις 28 Απριλίου και τα θέματα που συζητήθηκαν ήταν οι χειρουργικές παθήσεις του παχέος εντέρου.



ΥΓΕΙΑ

6ο Συνέδριο Διακαθετηριακής Θεραπείας Καρδιακών Βαλβιδοπαθειών

12-13 Μαΐου 2017

Το Τμήμα Διαδερμικών Βαλβίδων και η Β' Καρδιοχειρουργική Κλινική του ΥΓΕΙΑ συνδιοργάνωσαν το 6ο κατά σειρά Συνέδριο Διακαθετηριακής Θεραπείας Καρδιακών Βαλβιδοπαθειών την Παρασκευή 12 και το Σάββατο 13 Μαΐου, στο Ξενοδοχείο «Hilton» Αθηνών. Πρόκειται για το μοναδικό συνέδριο στην Ελλάδα που έχει ως αποκλειστικό αντικείμενο όλες τις νεότερες εξελίξεις στον τομέα της διακαθετηριακής θεραπείας καρδιακών βαλβιδοπαθειών την τελευταία δεκαετία. Όπως δήλωσαν οι πρόεδροι του συνεδρίου, Στρατής Παττακός και Κωνσταντίνος Σπάργας, «Η πρόοδος της τεχνολογίας και η εντατική έρευνα έχουν κάνει πλέον εφικτή την αντιμετώπιση ουσιαστικά όλων των παθήσεων των καρδιακών βαλβίδων με διακαθετηριακές μεθόδους. Οι τεχνικές αυτές, που συνίστανται σε αντικατάσταση της βαλβίδας ή επιδιόρθωσή της με καθετήρες και με τρόπο ανάλογο της γνωστής στεφανιογραφίας, χωρίς χειρουργικές τομές και εξωσωματική κυκλοφορία, είναι ελάχιστα παρεμβατικές, με μικρότερους κινδύνους επιπλοκών και με ταχεία ανάρρωση και επιστροφή στις φυσιολογικές δραστηριότητες».



Οι πρόεδροι προσέθεσαν: «Στόχος του συνεδρίου, που εδώ και 6 χρόνια με τις ομιλίες, τις ζωρές συζητήσεις και τη μετάδοση ζωντανών επεμβάσεων συνέβαλε τα μέγιστα στην επιμόρφωση των Ελλήνων ιατρών στον συγκεκριμένο χώρο, είναι να συνεχίσει αυτή την προσπάθεια, ώστε η χώρα μας όχι μόνο να μην υστερεί, αλλά να συμμετέχει στη διαμόρφωση του μέλλοντος, έχοντας πάντα ως υπέρτατο σκοπό το όφελος των Ελλήνων ασθενών». Μόνο το 2016 στο ΥΓΕΙΑ εφαρμόστηκαν επιτυχώς για πρώτη φορά στην Ελλάδα πολλές από αυτές τις νέες τεχνικές (διαδερμικές εμφυτεύσεις βιοπροσθετικών μιτροειδών βαλβίδων, επιδιόρθωση τριγλώχινας βαλβίδας και διακαθετηριακές επιδιορθώσεις ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας με το σύστημα Pascal). Παράλληλα, το ΥΓΕΙΑ έχει αναγνωριστεί από τις μεγαλύτερες στον κόσμο εταιρείες ιατρικών συσκευών (Edwards, Medtronic και Abbott) ως Κέντρο Αριστείας και Εκπαίδευσης για το πρόγραμμα Διακαθετηριακών Βαλβίδων του.

ΥΓΕΙΑ

200 χρόνια Νόσος Πάρκινσον: Η θεραπεία σήμερα και στο μέλλον

13 Μαΐου 2017

Το Τμήμα Πάρκινσον και Κινητικών Διαταραχών σε συνεργασία με το Τμήμα Νευροεμφυτολογικών Παθήσεων Εγκεφάλου - Ιατρείο Μνήμης του ΥΓΕΙΑ, με αφορμή τη συμπλήρωση 200 ετών από την πρώτη περιγραφή της Νόσου Πάρκινσον το 1817, διοργάνωσε το Σάββατο 13 Μαΐου 2017 ενημερωτική εκδήλωση για το ευρύ κοινό με τίτλο «200 χρόνια νόσος Πάρκινσον: Η θεραπεία σήμερα και στο μέλλον».



Η ημερίδα τέλεσε υπό την αιγίδα του Δήμου Αμαρουσίου. Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης, αναπτύχθηκαν από ειδικούς νευρολόγους η κλινική εικόνα και η φαρμακευτική θεραπεία της νόσου (Μαρία Σταμέλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας και Υπεύθυνη του Τμήματος Πάρκινσον και Κινητικών Διαταραχών του ΥΓΕΙΑ), τα νοστικά συμπτώματα της νόσου (Παρασκευή Σακκά, Διευθύντρια Τμήματος Νευροεμφυτολογικών Παθήσεων Εγκεφάλου του ΥΓΕΙΑ) και οι επεμβατικές θεραπείες για την προχωρημένη Νόσο Πάρκινσον (Ιωάννης Βελέντζας, Νευρολόγος, Διευθυντής του Τμήματος Κλινικής Νευροφυσιολογίας του ΥΓΕΙΑ).

Τονίστηκε ιδιαίτερα η σημασία της υποστηρικτικής θεραπείας, συγκεκριμένα της εξειδικευμένης ψυχολογικής υποστήριξης (Δρ Μπεράτης, Νευροψυχολόγος, Συνεργάτης Τμήματος Πάρκινσον ΥΓΕΙΑ), της φυσιοθεραπείας (Ε. Μανασός, Διευθυντής του Τμήματος Φυσιοθεραπείας ΥΓΕΙΑ) και ειδικών τεχνικών λογοθεραπείας (Π. Γαννίκα, Λογοθεραπεύτρια) από ειδικούς στο θέμα επιστήμονες. Όπως τόνισε, μεταξύ άλλων, η κ. Μαρία Σταμέλου, «Η Νόσος Πάρκινσον είναι η πιο συχνή νευροεμφυτολογική νόσος μετά τη Νόσο Alzheimer. Το σημαντικό είναι ότι 200 χρόνια μετά την πρώτη περιγραφή της νόσου, μπορούμε να πούμε ότι η νόσος Πάρκινσον αντιμετωπίζεται, αρκεί να υπάρχει εξατομικευμένη και σφαιρική θεραπεία των επιμέρους συμπτωμάτων

του κάθε ασθενούς. Η έρευνα είναι αλματώδης και μέσα στα επόμενα χρόνια αναμένονται νέες θεραπείες που θα βελτιώσουν ακόμα περισσότερο την ποιότητα ζωής των ασθενών».

ΥΓΕΙΑ & ΜΗΤΕΡΑ

3η Ημερίδα Ηπατική Νόσος στη Θαλασσαιμία

9 Ιουνίου 2017

Το Ηπατολογικό Τμήμα του Ομίλου ΥΓΕΙΑ διοργάνωσε την τρίτη κατά σειρά ημερίδα με αντικείμενο την Ηπατική Νόσο στη Θαλασσαιμία (Μεσογειακή αναιμία), που αφορά περίπου 4.500 πάσχοντες στην Ελλάδα. Σκοπός της ημερίδας είναι η ανάδειξη των σημαντικών αλλαγών που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια τόσο στη φυσική πορεία της νόσου όσο και στη διάγνωση και τη θεραπεία των διαταραχών που αφορούν το ήπαρ. Η ημερίδα περιελάμβανε ομιλίες και πολλαπλές διαδραστικές συνεδρίες με δύο στόχους: πρώτον, την κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των ασθενών και των προβλημάτων της διάγνωσης και, δεύτερον, την αφομοίωση της εμπειρίας από τις μέχρι σήμερα επιλογές για τη θεραπεία της ηπατίτιδας C και του ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Επίσης, στο πλαίσιο της ημερίδας, έγινε σε ειδική συνεδρία παρουσίαση της προόδου του Εθνικού Σχεδίου για την εξάλειψη της ηπατίτιδας, μια εθνική προσπάθεια, ανάλογη με τις ευρωπαϊκές και τις παγκόσμιες, με ορίζοντα πέραν της δεκαετίας.

Όπως τόνισε, μεταξύ άλλων, ο κ. Δημήτριος Κουντουράς, «Οι σύγχρονες θεραπείες αποσιδήρωσης έχουν επιτρέψει την πολύ μεγάλη αύξηση της επιβίωσης αυτών των ασθενών, όπως και την εξαιρετική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Είναι σημαντικό ωστόσο να επισημανθεί ότι τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί κατακόρυφα οι επιπλοκές της θαλασσαιμίας από το ήπαρ, και μάλιστα οι κακοήθειες, που είναι από τις συχνότερες αιτίες θανάτου, άγνωστες παλαιότερα. Η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση των συνεπειών των συχνών μεταγγίσεων, δηλαδή της υπερφόρτωσης του οργανισμού με σίδηρο και της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C, από την οποία οι ασθενείς είχαν μολυνθεί στο παρελθόν λόγω της έλλειψης γνώσεων για τη νόσο. Οι νέες θεραπείες για την ηπατίτιδα C χορηγούνται απλά από το στόμα, χωρίς παρενέργειες και με αποτελεσματικότητα πάνω από 95%, καλλιεργώντας τις προσδοκίες για οριστική εξάλειψη του ιού». Για τις κακοήθειες του ήπατος και τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο, που εξελίσσεται ως επιδημία σ αυτήν την ομάδα, έγινε αναφορά σε επιδημιολογικά στοιχεία, θεραπευτικά αποτελέσματα και τεχνικές, ενώ παρουσιάστηκαν εκτενώς και οι σύγχρονες θεραπευτικές πρόοδοι.



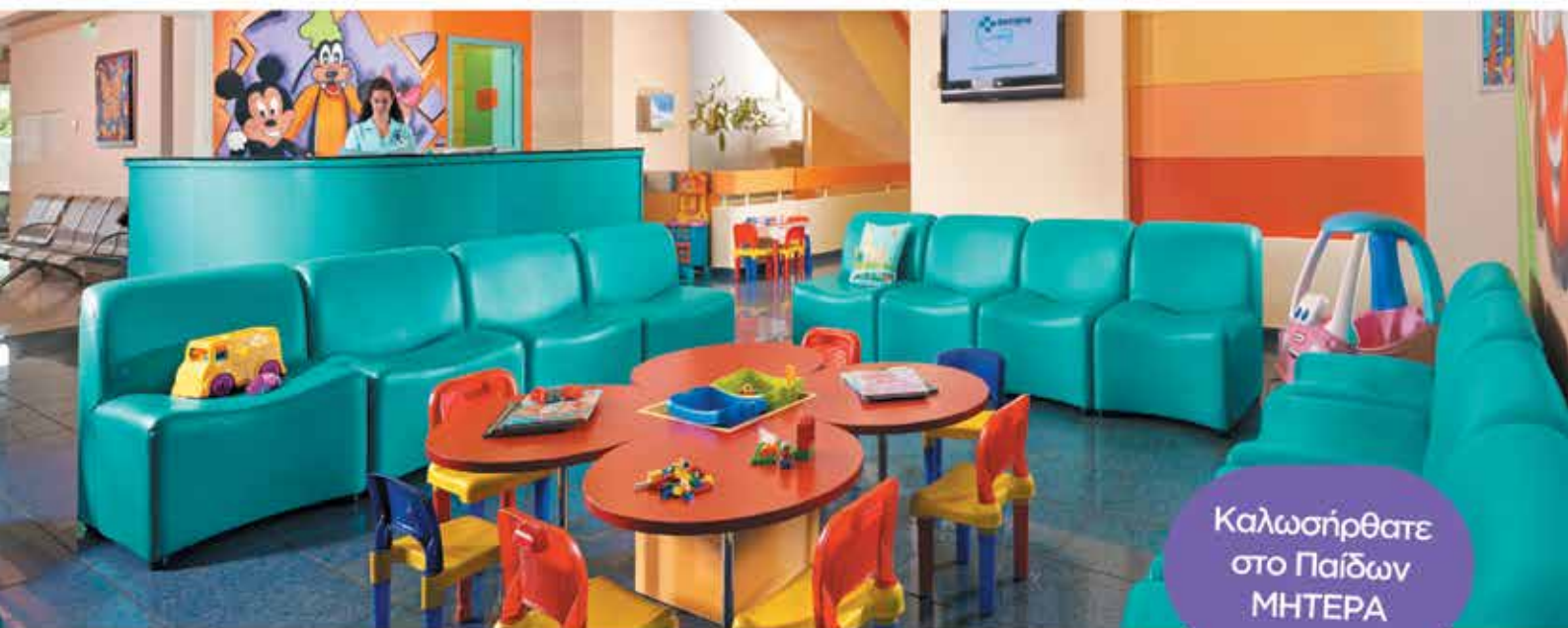
Τα επόμενα συνέδρια και ημερίδες του Ομίλου ΥΓΕΙΑ για το 2017

Νοσοκομείο	Διοργανωτής	Τίτλος συνεδρίου/ημερίδας	Ημερομηνία διοργάνωσης
ΥΓΕΙΑ	Αθανάσιος Αργύρης	2ο πολυεπιστημονικό συνέδριο για τον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου	15-16/9/2017
ΥΓΕΙΑ	Κωνσταντίνος Μαυραντώνης	3ος Κύκλος Σεμιναρίων Λαπαροσκοπικών Κολεκτομών	22/9/2017
ΥΓΕΙΑ	Μαρία Σταμέλου	Approach to the patient with movement disorders	29/9/2017
ΥΓΕΙΑ & ΜΗΤΕΡΑ	Αργυρώ Κυπραίου Χρίστος Γεωργιάλας	1η ημερίδα ρινοπλαστικής και πλαστικής προσώπου	14/10/2017
ΜΗΤΕΡΑ	Ηλίας Αθανασιάδης	Η σημασία του HPV DNA Test στην πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας	20/10/2017
ΥΓΕΙΑ	Ρωξάνη Ευθυμιάδου	Σύγχρονες εφαρμογές μαγνητικής τομογραφίας	21/10/2017
ΥΓΕΙΑ	Δημήτρης Τσαντούλας	Νεότερες εξελίξεις στα νοσήματα του ήπατος VII	3/11/2017
ΥΓΕΙΑ	Σάββας Σουρμελής	Διεθνές σεμινάριο για τις παθήσεις και τη χειρουργική του αγκώνα	10-12/11/2017
ΜΗΤΕΡΑ	Ευαγγελία Λαγκώνα	Μετεκπαιδευτική ημερίδα παιδιατρικής	18/11/2017
ΥΓΕΙΑ	Κωνσταντίνος Μαυραντώνης	4ος Κύκλος Σεμιναρίων Λαπαροσκοπικών Κολεκτομών	24/11/2017
ΥΓΕΙΑ	Ιωάννης Ανδρέου	5ο πανελλήνιο συνέδριο ογκολογικής απεικόνισης	15-17/12/2017

Φροντίζουμε τα παιδιά... το μέλλον του κόσμου μας

Το Παίδων ΜΗΤΕΡΑ, η Παιδιατρική Κλινική του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, με 24ωρη κάλυψη εξωτερικών ιατρείων και σε εφημερία 365 μέρες το χρόνο, παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, καλύπτοντας όλες τις ειδικότητες και υπο-ειδικότητες της Παιδιατρικής.

Καταξιωμένοι επιστήμονες - τόσο από την Ελλάδα όσο και από το εξωτερικό - με τις γνώσεις και την εμπειρία τους εισάγουν στο Παίδων ΜΗΤΕΡΑ τις πιο εξελιγμένες κλινικές εφαρμογές και θεραπείες, καθιστώντας το έτσι ως τον μεγαλύτερο ιδιωτικό παιδιατρικό φορέα της χώρας.



Εξωτερικά Ιατρεία Παίδων ΜΗΤΕΡΑ

Στο Παίδων ΜΗΤΕΡΑ παρέχουμε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας με πρωτοποριακές τεχνικές & σύγχρονο εξοπλισμό, υπηρετώντας στο σύνολό της την έννοια της παιδικής νοσηλείας. Εφαρμόζουμε αυστηρά πρωτόκολλα για τη διασφάλιση και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών πράξεων, αλλά και του συνόλου των παρεχομένων υπηρεσιών μας.

